

Materielle vilkår for tvang overfor rusmiddelavhengige

En fremstilling og vurdering av tvangshjemmel og fylkesnemndspraksis

Kandidatnummer: 652

Leveringsfrist: 25.4.13

Antall ord: 17694



Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	4
1.1	Oppgavens tema og problemstilling	4
1.2	Avgrensninger	5
1.3	Rettskilder og metode	5
1.3.1	Lover	5
1.3.2	Forarbeider	6
1.3.3	Rettspraksis	6
1.3.4	Fylkesnemndspraksis	6
1.4	Den videre fremstilling	7
2	TVANG	7
2.1	Definisjonen på tvang	8
2.2	Begrunnelser for lovlig tvangsretensjon	9
2.1	Argumenter for og imot tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige	9
2.1.1	Personlig autonomi kontra behandlingsbehov	9
2.1.2	Motivasjonens ulike betydning i behandling kontra innledende avrusning	10
2.1.3	Frivillige tilbud kontra tvang	11
2.1.4	Ris bak speilet kontra tillit i forholdet til sosialtjenesten	11
2.1.5	Et standpunkt til tvang	12
2.1	Skranker for tvangsutøvelse	13
2.1.1	Nasjonal rett – krav om informert samtykke eller lovhjemmel	13
2.1.2	Internasjonale menneskerettigheter	14
2.1.3	Tilstrekkelige skranker?	17
3	HISTORIKK	18
3.1	Edruskapsloven	18
3.2	Sosialtjenesteloven	18

4	HELSE- OG OMSORGSTJENESTELOVEN	20
4.1	Bestemmelsens innhold	21
4.2	Bestemmelsens virkeområde	21
4.3	Bestemmelsens formål.....	22
4.3.1	Hindre reproduksjon av sosiale problemer	23
4.3.2	Skadereduksjon	23
4.3.3	Komme i behandlingssituasjon	25
4.3.4	Formålet	27
5	FYLKESNEMNDA FOR BARNEVERN OG SOSIALE SAKER	28
5.1	Sakens gang før den når fylkesnemnda	29
5.2	Fylkesnemndas saksbehandling.....	29
5.2.1	Beviskrav.....	30
5.2.2	Prognose	31
5.2.3	Bevisvurdering	31
5.3	Vedtakene som er analysert	32
6	DE MATERIELLE VILKÅR FOR TVANGSRETENSJON	33
6.1	Misbrukskriteriet	33
6.1.1	Omfattende misbruk	35
6.1.2	Vedvarende misbruk	42
6.1.3	Vurdering av fylkesnemndas tilnærming til misbrukskriteriet	43
6.2	Farekriteriet	44
6.2.1	Fare for fysisk helse	45
6.2.2	Fare for psykisk helse.....	48
6.2.3	Vurdering av fylkesnemndas tilnærming til farekriteriet.....	49
6.3	Krav om årsakssammenheng	49
6.3.1	Vurdering av fylkesnemndas tilnærming til årsakssammenhengen	50
6.4	Minste inngreps prinsipp	50
6.4.1	Frivillige hjelpetiltak	51

6.4.2	Tilstrekkelighet	52
6.4.3	Vurdering av fylkesnemndas tilnærming til minste inngreps prinsipp	56
6.5	Tvangens formål	56
6.5.1	Undersøkelse og tilrettelegging.....	57
6.5.2	Faglig og materiell kompetanse	58
6.5.3	Vurdering av fylkesnemndas tilnærming til tvangens formål.....	60
6.6	Den skjønnsmessige helhetsvurderingen	61
6.6.1	Skadens alvorlighet	62
6.6.2	Sannsynligheten for skadens inntreden - prognosen	63
6.6.3	Sannsynligheten for at vedkommende blir rusfri eller vil få et markant reduisert rusmiddelforbruk etter oppholdet	64
6.6.4	Varigheten av institusjonsoppholdet og behovet for rask inngripen.....	66
6.6.5	Forholdene på institusjonen	66
6.6.6	Individuelle forhold.....	67
6.6.7	Vurdering av fylkesnemndas tilnærming til den skjønnsmessige helhetsvurderingen	68
7	AVSLUTTENDE VURDERINGER	69
8	KILDER	71
8.1	Lover.....	71
8.2	Forskrifter	72
8.3	Forarbeider.....	72
8.4	Fylkesnemndspraksis	73
8.4.1	Publiserte vedtak	73
8.4.2	Upubliserte vedtak	74
8.5	Rundskriv.....	74
8.6	Litteratur	74
8.6.1	Bøker	74
8.6.2	Nettdokument.....	75

1 Innledning

1.1 Oppgavens tema og problemstilling

Tema for avhandlingen er de materielle vilkår for etablering av tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011 nr. 30 (hol.) § 10-2 første ledd. Bestemmelsen regulerer adgangen til innleggelse og tilbakehold (retensjon) av rusmiddelavhengige i institusjon uten eget samtykke.

Hol. § 10-2 første ledd er formulert slik:

«Dersom noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig, kan det vedtas at vedkommende uten eget samtykke kan tas inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a fjerde ledd, for undersøkelse og tilrettelegging av behandling, og holdes tilbake der i opptil tre måneder.»

Ut ifra ordlyden kan leses seks vilkår for at fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker kan fatte tvangsvedtak: et *rusmiddelmisbruk* som *medfører* en *helsefare* for den rusmiddelavhengige, kan etter en *helhetsvurdering* møtes med *formålsrettet tvang*, såfremt *minste inngreps prinsipp* overholdes. Disse kriteriene kan synes noe vage, og på tvangsjussens område er det av rettssikkerhetshensyn viktig med klarhet i reglene.¹

Det første formålet med oppgaven er derfor å fastlegge det nærmere innholdet i de materielle vilkårene som må foreligge før etablering av tvangstiltak kan finne sted. Dette gjøres ved en analyse av aktuelle rettskilder, herunder vedtak truffet av fylkesnemndene. Det andre formålet er å klarlegge formålet bak bestemmelsen, for så å se om fylkesnemndene praktiserer regelen i tråd med dette formålet.

¹ Eckhoff (2001) side 127, Søvig (2007) side 67

1.2 Avgrensninger

Oppgaven behandler temaet tvang og rettslig grunnlag for tvang overfor rusmiddelavhengige. Nærmere bestemt ordinære vedtak om tvangsretensjon av hensyn til den rusmiddelavhengiges egen helse etter hol. § 10-2 første ledd. Dette innebærer at midlertidige vedtak etter bestemmelsens fjerde ledd, tvang overfor gravide rusmiddelavhengige etter § 10-3 og avtalt tvang etter § 10-4 faller utenfor.

1.3 Rettskilder og metode

Oppgaven er tuftet på alminnelig juridisk metode basert på Eckhoffs rettskildelære,² med hovedvekt på lovtekst, hvis innhold presiseres av forarbeidene, og i noen grad videreutvikles og fastsettes gjennom rettspraksis.

1.3.1 Lover

Det naturlige utgangspunkt i avklaringen av et rettsspørsmål er lovteksten.³ Den viktigste rettskildefaktoren for oppgaven er ordlyden i hol. § 10-2, hvis første ledd fastslår vilkårene for tvangsretensjon av rusmiddelavhengige. Bestemmelsen trådte i kraft 1. januar 2012, og erstatter lov om sosiale tjenester mv. av 13. desember 1991 nr. 81 (sotjl.) § 6-2.

I forhold til temaet tvang har jeg sett på helserettslige, strafferettslige, og menneskerettslige prinsipper uttrykt i nasjonal rett og internasjonale menneskerettighetskonvensjoner. Norske bestemmelser i denne sammenheng er lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63 § 4-1 og almindelig borgerlig straffelov av 22. mai 1902 nr. 10 §§ 222 og 223. Den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK) artikler 3, 5, 6, og 8, og FN-konvensjon-

² Eckhoff (2001)

³ ibid. side 39

en om sivile og politiske rettigheter (SP) artikler 7 og 10 er del av norsk rett gjennom lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett av 21. mai 1999 nr. 30 § 2.

1.3.2 Forarbeider

En lovs forarbeider kan tjene som en veiviser ved tolkningen, og slik bidra til å presisere lovens innhold.⁴ Forarbeidene til hol. er på dette punkt knappe, men klare nok i å angi at hol. § 10-2 er en videreføring av sotjl § 6-2.⁵ Derfor brukes forarbeidene til sotjl.⁶ til å belyse tvangsbestemmelsens innhold nærmere, bl.a. for å finne formålet med regelen om tvangsretensjon, og å få presisert vilkårene for etableringsvedtak.

1.3.3 Rettspraksis

Domstolenes praksis har tyngde som rettskildefaktor av flere grunner: blant annet gjør domsbegrunnelsene og publiseringen at domsslutningene stort sett er veloverveide og nyanserte arbeid.⁷ Det finnes svært lite tilgjengelig rettspraksis i tilknytning til hol. § 10-2. Knappheten kan henge sammen med kravet om søksmålsinteresse ved prøving av vedtaket i lov om mekling og rettergang i sivile tvister av 17. juni. 2005 nr. 90,⁸ som i praksis forsvinner med utløpet av tvangstiden på maksimalt tre måneder.⁹

1.3.4 Fylkesnemndspraksis

Fylkesnemnda er et kollegialt forvaltningsorgan, men også et domstollignende organ. Nemndas avgjørelser er ikke like inngående begrunnet eller tilgjengelige som domstolprak-

⁴ Eckhoff (2001) side 70

⁵ Prop.91.L (2010-2011) side 502

⁶ NOU 1985:18, Ot.prp.nr.29 (1990-1991)

⁷ Eckhoff (2001) side 155-158

⁸ Tvisteloven kapittel 36, jfr. hol. § 10-7(1)

⁹ Tvisteloven § 36-1(2)

sis,¹⁰ kan overprøves,¹¹ og vil ikke ha noen prejudikatsverdi slik dommer kan. Men fravær av tingrettspraksis har betydning for vedtakene som rettskildefaktor. En analyse av fylkesnemndenes praksis bidrar til nærmere å fastlegge innholdet i vilkårene for tvangsretensjon av rusmiddelavhengige slik de faktisk praktiseres.

1.4 Den videre fremstilling

Først introduseres begrepet tvang og noe av debatten rundt tvang innen ruspleien, for å belyse hvorfor bruk av tvang av rettssikkerhetshensyn er strengt regulert både materielt og prosessuelt. Videre presenteres den rettslige utviklingen frem til dagens bestemmelse om etablering av tvangsretensjon av rusmiddelavhengige. Deretter presenteres innhold, virkeområde og formål i hol. § 10-2 første ledd nærmere. De prosessuelle regler om sakens gang fra de første interne eller eksterne bekymringer om den rusmiddelavhengiges helsetilstand, inntil et eventuelt tvangsvedtak fattes, er av rettssikkerhetshensyn lovregulert. En kort presentasjon av disse reglene gis i sammenheng med introduksjonen av organet som har vedtakskompetanse i tvangssaker, fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker. Hoveddelen av avhandlingen utgjøres av en analyse av lov, forarbeider og tilhørende praksis, for å klargjøre de materielle vilkårene som må være oppfylt før vedtak etter hol. § 10-2 kan treffes. Det siste kapittelet er viet en vurdering av rettstilstanden med tanke på rusmiddelavhengiges rettssikkerhet.

2 Tvang

Begrepet tvang er sentralt for oppgaven. Det er mange hensyn å ta i tilknytning til bruk av tvang. Før jeg går inn på tvangshjemmelen er det derfor viktig med en redegjørelse for hva tvang innebærer, hvorfor det i noen tilfeller er lovlig, og hvorfor det er et kontroversielt tema.

¹⁰ Eckhoff (2001) side 225

¹¹ Tvisteloven kapittel 36. jfr. Hol. § 10-7(1)

2.1 Definisjonen på tvang

Tvang er en ytre påvirkning som medfører at en person gjør, tåler eller unnlater noe. Etter den alminnelige strafferettslige bestemmelsen om tvang i straffeloven § 222, er rettsstridig atferd for å oppnå at noen handler på en annen måte enn de selv ønsker, straffbart. Bestemmelsen er videreført i lov om straff av 20. mai 2005 nr. 28 § 251. Men ikke enhver påvirkning overfor et annet menneske uten deres samtykke karakteriseres som tvang, eksempelvis faller verbale henstillinger, høflige anmodninger eller lett berøring utenfor.¹²

Aasen omtaler pasienters selvbestemmelsesrett på følgende måte i sin doktoravhandling:

«Tvang i tradisjonell strafferettslig forstand vil vi først snakke om når det er tale om en fysisk eller psykisk maktutøving som brukes til å *overvinne* fysisk eller psykisk *motstand* fra den tvungnes side. Dette innebærer normalt at det må utøves fysisk motstand, eller i det minste foreligge en i ord eller handling uttrykt protest eller motstand, mot det aktuelle inngrep.»¹³

Det samme gjelder tvang i avtalerettslig forstand, jfr. lov om avslutning av avtaler, om fullmakt og om ugyldige viljeserklæringer av 31.5.1918 nr. 14 § 28.¹⁴

Når en rusmiddelavhengig person legges inn og holdes tilbake i institusjon uten selv å ha uttrykt ønske om slikt tiltak, og/eller aktivt motsetter seg det,¹⁵ er dette et klart eksempel på tvang. Enda klarere blir tvangsaspektet ved at personen rent faktisk forhindres fra å forlate institusjonen,¹⁶ og at det kan innhentes politibistand både ved innleggingen og eventuell «rømning».¹⁷

¹² Aasen (2000) side 54

¹³ Ibid. side 54

¹⁴ Se note i Aasen (2000) side 54

¹⁵ Befring (2007) side 130

¹⁶ Bernt (2000) side 231, jfr. ordlyden i hol. § 10-2(1) «holdes tilbake der i opptil 3 måneder»

¹⁷ Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr. 61 § 6-4, Forskrift til lov om sosiale tjenester m.v. 4.desember1992 nr. 915 § 5-9 annet ledd, NOU 1985:18 side 233, Rundskriv I-1/93 side 147

2.2 Begrunnelser for lovlig tvangsretensjon

Bestemmelser om tvangsretensjon finnes innen flere rettsområder enn her i sosialretten, bl.a. regler om smittevern, tvang overfor mindreårige, og tvungent psykisk helsevern. Lov om vern mot smittsomme sykdommer av 5. august 1994 nr. 55 kapittel 5 hjemler tvungen legeundersøkelse og kortvarig isolasjon for å hindre spredning av allmenfarlig sykdom til befolkningen. Bestemmelsen om tvangsretensjon i lov om barneverntjenester av 17. juli 1992 nr. 100 (bvl.) § 4-24 kan være begrunnet i selvpåført helserisiko, men også i «alvorlig eller gjentatt kriminalitet», som har direkte ofre utenfor den mindreårige selv. Hjemmelen for tvungent psykisk helsevern i lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 2. juli 1999 nr. 62 § 3-3 kan også være grunnet i at vedkommende utgjør en fare for andre enn seg selv. Tvangsretensjon etter hol § 10-2 derimot, foretas av hensyn til den rusmiddelavhengiges egen helse,¹⁸ på bakgrunn av en selvpåført helserisiko. Her er ikke rom for vurderinger om hvorvidt rusmiddelavhengigheten er til fare eller skade for andre enn den rusmiddelavhengige selv,¹⁹ herunder samfunnet.

2.1 Argumenter for og imot tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige

Bruk av tvang overfor rusmiddelavhengige på bakgrunn av en selvpåført fare for egen helse, har derfor vært et kontroversielt spørsmål. Det var allerede i Sosiallovutvalgets utredning til ny sosialtjenestelov i 1985²⁰ diskusjon om hvorvidt tvangsbestemmelser skulle videreføres, og det ble redegjort for argumenter for og imot tvangstiltak.

2.1.1 Personlig autonomi kontra behandlingsbehov

Det første argumentet imot tvang, bunner i prinsippet om selvbestemmelsesrett. Bruk av tvang bryter med grunnleggende menneskerettigheter som retten til selvbestemmelse (per-

¹⁸ NOU 1985:18 side 232, Ot.prp.nr.29 (1990-1991) side 89

¹⁹ NOU 1985:18 side 233

²⁰ ibid. side 231-234

sonlig autonomi) og vern mot frihetsberøvelse. Retten til selv å velge hvordan en vil leve sitt eget liv, gjelder for alle, også rusmiddelavhengige. Samtidig kan det ses som en forpliktelse for et sivilisert samfunn å ta vare på dem som ikke selv klarer det.²¹ Bernt karakteriserer det etiske dilemmaet mellom rettssikkerhet og personlig integritet på den ene siden, og et sterkt behandlings- og omsorgsbehov på den andre, som et

«spørsmål om rekkevidden og styrken av det alminnelige borgerlige rettsvernet mot tvang og integritetskrenkelser; hvor langt gjelder dette i situasjoner hvor det hevdes på faglig eller allment etisk grunnlag at det er nødvendig å gjennomføre slike tiltak ut fra hensynet til den omsorgstrengende?»²²

2.1.2 Motivasjonens ulike betydning i behandling kontra innledende avrusning

En vanlig motforestilling mot tvang med sikte på varig endring, er at det å bli rusfri etter omfattende og vedvarende misbruk krever svært mye av den enkelte. Dette fordrer et oppriktig ønske om forandring, hvilket vanskelig kan oppnås med tvang.²³ I sosiallovutvalgets ord: «Misbrukernes egen motivering er utvilsomt av avgjørende betydning for en rehabilitering.»²⁴ Men tvangsretensjonen er ikke ment som behandling i seg selv, bare en måte å komme i posisjon til frivillig behandling på. Sosiallovutvalget uttaler videre:

«På den annen side trenger misbrukere ofte bistand for å kunne rehabilitere seg fysisk, overkomme abstinensproblemer og for å komme seg i en slik tilstand at det kan iverksettes forsøk på motivering og tilrettelegging av langsiktige tiltak.»²⁵

Tvang i startfasen er dermed et mindre inngrep, som lettere kan aksepteres. Sosiallovutvalget avslutter resonnementet:

²¹ NOU 1985:18 side 232, Bernt (2000) side 227

²² Bernt (2000) side 227

²³ Rundskriv I-1/93 side 147, Kjønstad (2012) side 547

²⁴ NOU 1985:18 side 232

²⁵ l.c

«Etter utvalgets mening må det både være faglig og etisk riktig at man overfor slike misbrukere bruker tvang for å få i gang en slik prosess. Det kan ikke aksepteres at vedkommende uten videre skal ha rett til å forlate institusjonen når problemene melder seg for ham.»²⁶

2.1.3 Frivillige tilbud kontra tvang

Et tredje argument mot tvangsretensjon er at det er urimelig å bruke tvang overfor noen, når det frivillige tilbudet allerede er for lite. Synspunktet er at behandlingsplassen ville ha kommet til bedre nytte overfor en som faktisk ønsket den, en som hadde riktig motivasjon.

Til dette kan man vise til den skjønnsmessige helhetsvurderingen som må foretas før tvangsretensjon kan vedtas. Det skal alltid foretas en vurdering av hensiktsmessigheten og nødvendigheten av en innleggelse og rimeligheten i forhold til inngrepet den innebærer (forholdsmessighet), på bakgrunn av helsetilstand og rushistorie. Et vedtak skal med andre ord ikke settes i verk om det ikke vurderes som sannsynlig at man etter avrusningen vil kunne motivere rusmiddelmissbrukeren til videre frivillig behandling. Om vurderingen alltid er rett, er vanskeligere å si, da det i realiteten er snakk om en prognose.²⁷

Senere skal vi se av fylkesnemndspraksis at frivillige tiltak er i alle fall tilsynelatende enkle å melde seg opp til, og desto enklere å slutte med. Påstartede frivillige tiltak som ikke fullføres, kan kanskje på denne måten sies å tappe det totale frivillige tilbudet for ressurser.

2.1.4 Ris bak speilet kontra tillit i forholdet til sosialtjenesten

Mer problematisk er kanskje de utilsiktede virkningene av tvangsbruk, nemlig det at tvang kan oppleves som straff av dem som utsettes for den.

²⁶ NOU 1985:18 side 232

²⁷ Søvig (2007) side 234-235

Dette har merkelig nok også blitt nevnt som et argument for tvang – at det skal ligge noe allmennpreventivt i muligheten for å bli holdt tilbake i institusjon, slik at færre velger å bli rusmiddelavhengige.²⁸ En allmennpreventiv effekt må også forutsette at mennesker går inn i rusmisbruket med klar innsikt i og bevisst avveining av de fordeler og ulemper livsstilen ved omfattende og vedvarende misbruk innebærer. Historiene som fremkommer av fylkesnemndenes tvangsvedtak vitner om mange ting, men ikke en innledende refleksjon rundt livsstilens konsekvenser på lang eller kort sikt.

Alternativt kan muligheten for tvangstiltak gjøre rusmiddelavhengige mer tilbøyelige til å godta frivillige tiltak, og slik uthule tiltakets frivillige karakter.²⁹

Det man i praksis uansett risikerer ved tvang som et ris bak speilet, er at terskelen for å oppsøke hjelpeapparatet heves blant dem som allerede er i en vanskelig misbrukssituasjon, fordi de frykter «straffen».³⁰

2.1.5 Et standpunkt til tvang

På denne bakgrunn tror jeg tvang kan forsvares i startfasen slik hol. § 10-2 første ledd i visse tilfeller åpner for. Prinsippet om autonomi er viktig, men kan ikke, i en velferdsstat, gli over i en likegyldighet overfor medmenneskers elendighet. Når det er sagt, må det hele tiden ses hen til den enkeltes rettssikkerhet. Inngrepets integritetskrenkende preg stiller strenge krav til de prosessuelle og materielle reglene for etablering og gjennomføring av tvangsretensjon. Videre må hjelpeaspektet ved tvang komme klart frem i gjennomføringen.

²⁸ NOU 1985: 18 side 232

²⁹ Thune (2012) side103

³⁰ NOU 1985:18 side 290

2.1 Skranker for tvangsutøvelse

Både nasjonale og internasjonale regler setter skranker for all utøving av tvang, som også gjelder overfor rusmiddelavhengige.

2.1.1 Nasjonal rett – krav om informert samtykke eller lovhjemmel

Hovedregelen i sosial- og helseretten er at før noen form for helsehjelp eller behandling kan gis, må pasient eller bruker avgi informert samtykke,³¹ som når som helst kan trekkes tilbake. Dette følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1, og etter § 1-3 alternativ c inngår rehabiliterende og behandlende handlinger utført av helsepersonell i betegnelsen helsehjelp.

Et informert samtykke innebærer at pasienten eller brukeren, eller den som har samtykkekompetanse på dennes vegne, må ha fått nok informasjon om behandlingen, nødvendigheten av den, og eventuelle konsekvenser, til å vite hva han eller hun faktisk samtykker til.³² Slik unngår man at inngrepet representerer en integritetskrenkelse – «en krenkelse av personens grunnleggende rett til å råde over eget legeme.»³³

Tvangsbestemmelsene i helse- og sosialretten utgjør med andre ord unntak fra hensynet til selvbestemmelsesrett.³⁴ Aslak Syse poengterer betydningen av å ta prinsippet på alvor i saker om tvang blant annet overfor rusmiddelavhengige:

«Nettopp i samhandlingssituasjoner der én person klart er den svakere part, må hensynet til vedkommendes autonomi og integritet tillegges vekt for å hindre ytterligere reduksjon av selvbestemmelsesretten.»³⁵

³¹ Aasen (2000) side 337, Bernt (2000) side 231, Syse (2012) side 280

³² Aasen (2000) side 50

³³ ibid. side 351

³⁴ Kjønstad (2012), side 478

³⁵ Syse (2012) side 280

Tvangsretensjon innebærer et inngrep i en persons alminnelige handle- og bevegelsesfrihet som passerer grensen for hva som ellers er straffbar frihetsberøvelse etter straffeloven § 223.³⁶ Utfra legalitetsprinsippet kreves derfor et særlig rettslig grunnlag for frihetsberøvelsen. Dette kan enten være lovhjemmel som i hol. § 10-2, eller pasientens eget samtykke som i hol. § 10-4.³⁷ Som tolkningsprinsipp stiller legalitetsprinsippet sterkere krav til hjemmelens klarhet jo mer omfattende inngrep den regulerer.³⁸

I tillegg styrkes rusmiddelmisbrukerens rettssikkerhet av systemet – ved at tvangsvedtak treffes av domstollignende organ og at det er mulighet for å få overprøvd slike vedtak.

2.1.2 Internasjonale menneskerettigheter

Foruten vern etter nasjonal rett, setter også internasjonale menneskerettigheter skranker for myndighetenes inngripen overfor sine innbyggere. De viktigste bestemmelsene ift. tvang finner vi i Den europeiske menneskerettskonvensjonen (EMK) og FN-konvensjonen om sivile og politiske rettigheter (SP). Disse konvensjonene er del av norsk rett, jfr. menneskerettighetsloven § 2, og går foran nasjonale bestemmelser ved motstrid, jfr. § 3. Staten plikter også på generelt grunnlag å respektere og sikre menneskerettighetene, jfr. Kongeriget Norges Grundlov av 17. mai 1814 § 110c, som også henviser til bl.a. EMK og SP.

2.1.2.1 Administrativ frihetsberøvelse

EMK Artikkel 5 avsnitt 1 søker å sikre personlig frihet og sikkerhet gjennom å forby administrativ frihetsberøvelse med unntak av i gitte tilfelle og i henhold til lov. Artikkel 5 avsnitt 1 alternativ e, er et slikt unntak som åpner for tilbakeholdelse «for å hindre spredning av smittsomme sykdommer, av sinnslidende, alkoholister, narkomane eller løsgjengere».

³⁶ Bernt (2000) side 267

³⁷ ibid. side 230-231

³⁸ Eckhoff (2001) side 127

Anne Kjersti Befring formulerer det slik på sosial- og helserettens område:

«Ingen må frarøves friheten uten at det på objektivt medisinsk grunnlag er fastslått at vedkommendes psykiske tilstand på grunn av art eller grad kan rettferdiggjøre en tvangsmessig tilbakeholdelse.»³⁹

Under forberedelsen av tvangsvedtak etter hol. § 10-2(1) sikres dette ved at det innhentes helseopplysninger om den rusmiddelavhengige fra lege og/eller psykolog.⁴⁰ Tvangen skal sette behandlingsapparatet i behandlingsposisjon overfor langtkomne rusmiddelavhengige som normalt ikke kan ta et nyktert standpunkt til et behandlingsopplegg.⁴¹

Artikkelens fjerde avsnitt fastslår også rett til rask domstolsprøving av frihetsberøvelsens lovlighet. Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet skrev i sin proposisjon til stortinget om endring i bvl:

«Hvorvidt et organ anses som en ‘domstol’ etter EMK art. 5(4) beror på en vurdering av om organet er uavhengig av den utøvende makt, upartisk vis-à-vis partene og oppfyller visse fundamentale saksbehandlingskrav (...). Selv om fylkesnemndene internrettslig er klassifisert som forvaltningsorgan, har de en uavhengig posisjon og en grundig saksbehandling.»⁴²

Så selv om tvangsvedtak etter loven ikke i første omgang må fattes av en domstol, har fylkesnemnda fra opprettelsen vært ansett å tilfredsstille domstolkravene i EMK.⁴³

³⁹ Befring (2007) side 47

⁴⁰ Jfr. barnevernloven § 7-3 annet ledd, bokstav a

⁴¹ NOU 1985:18 side 21, Fekjær (2009) side 64, *Tvang overfor rusmiddelavhengige* side 21

⁴² Prop.43 L (2011-2012) side 25

⁴³ I.c., se også Ot.prp.nr.29 (1990-1991) side 134

2.1.2.2 Behandling og tvang

EMK artikkel 3 forbyr tortur og umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff. Selv hvor tvang er nødvendig, skal den tvungne behandles humant, verdig og respektfullt, i tråd med sine rettigheter.⁴⁴ Bestemmelsen ligner SP artikkel 7, som i tillegg forbyr medisinske og vitenskapelige eksperimenter.

SP artikkel 10 går direkte på behandlingen av personer som er fratatt sin frihet, og åpner med: «Alle som er berøvet friheten, skal behandles humant, og med respekt for menneskets iboende verdighet». Dette setter skranker for hva pasienter eller brukere som er under tvang kan utsettes for. For eksempel vil det å behandle eller medisinerer en rusmiddelmissbruker mot hans eller hennes samtykke ikke være å respektere dennes iboende verdighet, som må sies å være tett knyttet opp mot selvbestemmelsesretten. Hol. hjemler da også kun tilbakeholdelsen.⁴⁵

2.1.2.3 Respekt for privatliv

EMK art. 8 beskytter retten til respekt for privatliv gjennom rett til å slippe inngrep i egen integritet og sfære.⁴⁶ Offentlig myndighets inngrep må etter bestemmelsen begrenses til tilfeller som følger av lov og er «nødvendig i et demokratisk samfunn» for bl.a. å beskytte helse og moral.

Dette åpner for tvang, men stiller samtidig krav til lovgivers utforming av reglene og begrunnelsen for inngrepet. En frihetsberøvelse som er rettmessig etter EMK art. 5 går klar av art. 8.⁴⁷

⁴⁴ Befring (2007) side 46-47

⁴⁵ Prop.91 L (2010-2011) side 419, Rundskriv I-1/93 side 148, Helse- og omsorgsdepartementet (2004) side 40, Andenæs (2003) side 233

⁴⁶ Befring (2007) side 48

⁴⁷ Søvig (2007) side 155

2.1.3 Tilstrekkelige skranker?

De materielle og prosessuelle reglene om tvangsretensjon overfor rusmiddelavhengige følger av lov, i tråd med legalitetsprinsippet. Det må også stilles krav til at loven er godt utformet. I forbindelse med utredning av hol. bestilte helsedirektoratet en evalueringsrapport av tvangsbestemmelsene i sosialtjenesteloven.⁴⁸ Rapportforfatterne mente deler av lovgivningen var moden for en revisjon, herunder regelen om tvangsretensjon. De fremmet hovedsakelig to synspunkter om regelen i sosialtjenesteloven § 6-2: for det første at terskelen for tvangsinnleggelse uten samtykke burde høynes ved nytt vilkår om kvalifisert negativ konsekvens for den avhengiges helse: «alvorlig» fare, slik Sosiallovutvalget foreslo⁴⁹. For det andre at mangel på en uttrykkelig formålsbestemmelse fordret en grunnleggende diskusjon om hva som faktisk skal være bestemmelsens formål.⁵⁰

Det at loven ikke krever «alvorlig» fare for fysisk eller psykisk helse, kan innebære at mindre alvorlige helsekonsekvenser møtes med tvang. Dette kommer jeg tilbake til i kapittel 6.6.1. Mangelen på uttrykkelig formålsbestemmelse kan gjøre bestemmelsen mindre treffsikker. Men sees den i sammenheng med forarbeidene og enkelte andre bestemmelser i hol. kapittel 10, blir hensikten bak tvangsbestemmelsen mindre uklar, se drøftelsen i kapittel 4.3.

⁴⁸ *Tvang overfor rusmiddelavhengige* side 273

⁴⁹ NOU 1985:18 side 232

⁵⁰ *Tvang overfor rusmiddelavhengige* side 273

3 Historikk

Sammenhengen mellom rusmiddelavhengighet og tvang har ikke alltid vært som i dag. Rettsutviklingen frem til dagens helse- og omsorgstjenestelov viser hvordan synet på de tvungnes rettssikkerhet har utviklet seg frem til i dag.

3.1 Edruskapsloven

Lov om edruskapsvern av 26. februar 1932 nr. 1 inneholdt vidtgående tvangsbestemmelser i forholdet mellom myndigheter og rusmiddelavhengig. Hensikten var å oppdra misbrukeren som påførte sine omgivelser fysiske, økonomiske eller moralske krenkelser, i tillegg til å redde misbrukeren fra seg selv.⁵¹ Foruten tvungen lønnsforvaltning i § 6 som skulle sikre familiens underhold, hjemlet §§ 6a og 7 tvangsinnleggelse og tilbakeholdelse i hhv. sykehus i inntil totalt 90 dager i løpet av et år, og kursted inntil to år.

Ved den offisielle utredningen av ny sosialtjenestelov var sosiallovutvalget klare på at disse tvangshjemlene, selv om de etter hvert hadde begynt å miste sin praktiske betydning, prinsipielt var for vide.⁵² Ny sosialtjenestelov innebar derfor skjerpede regler både for adgang til tvangsinnleggelse og tvangsinnleggelsens varighet.⁵³

3.2 Sosialtjenesteloven

Sosialtjenesteloven overtok for blant annet edruskapsloven. Den trådte i kraft 1. januar 1993 og regulerte tildeling av ytelser og tjenester fra det offentlige. Lovens kapittel 6 omhandlet særlige tiltak overfor rusmiddelmisbrukere, og tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke var hjemlet i § 6-2. Utgangspunktet for behandling av rusmiddelavhengighet

⁵¹ Nilssen (1999), side 4

⁵² NOU 1985:18 side 225

⁵³ Andenæs (2003) side 234-235, Nilssen (1999) side 4

var under denne bestemmelse frivillighet,⁵⁴ hvilket gjenspeiles i krav om at frivillige hjelpetiltak skulle være vurdert.⁵⁵ Tvang etter sotjl. vurderes kun på bakgrunn av den rusmiddelavhengiges egen helse, ikke samtidig samfunnshensyn som i edruskapsloven. Likevel antar Søvig at inngrepsterskelen etter sotjl. er lavere enn etter edruskapsloven.⁵⁶

Regelen i § 6-2 sto uendret inntil 1998.⁵⁷ Endringene fremstod som forsøk på å bedre de tvungnes rettssikkerhet. For det første ved at det ble presisert at kontrolltiltak som urinprøver under oppholdet i institusjonen skal avgjøres av Fylkesnemnda allerede i vedtaket om etablering av tvang.⁵⁸ For det andre ved at institusjonen «uten ugrunnet opphold» ble pålagt å varsle tilsynsmyndigheten ved innleggelser. For det tredje ved ny ordning om at fylkesnemndsleder pliktet å foreta en snarlig foreløpig godkjennelse av foreløpige vedtak.

Bestemmelsens første ledd ble endret to ganger i 2003, først ved at regionalt helseforetak ble inntatt som ansvarlig for å utpeke egnet institusjon,⁵⁹ siden ved at regionalt helseforetaks ansvar ble forankret i spesialisthelsetjenesteloven, samt at institusjonens plikt til å varsle tilsynsmyndigheten ved innleggelser bortfalt.⁶⁰ Paragraf 6-2(1) ble ved dette i all hovedsak lik dagens helse- og omsorgstjenestelov § 10-2(1). Fylkesnemndspraksis etter sotjl. fra og med 2003 er dermed relevant ved fortolkningen av dagens tvangshjemmel.

Den siste endringen fant sted i 2006, igjen en bedring av de tvungnes rettssikkerhet. Fjerde ledd ble tillagt en henvisning til barnevernloven §§ 7-22 og 7-23 om fylkesnemndas godkjenning av og klage over akuttvedtak, som ble tilføyd bvl. ved endringslov.⁶¹

⁵⁴ NOU 1985:18 side 230,

⁵⁵ Sosialtjenesteloven § 6-2(1), helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2(1)

⁵⁶ Søvig (2007) side 335-336

⁵⁷ Endringslov til sosialtjenesteloven (1998) § 6-2

⁵⁸ Alle 31 tvangsvedtak ga institusjonen adgang til å ta urinprøver for å fremme oppholdets formål

⁵⁹ Endringslov til sosialtjenesteloven m.v. kapittel I

⁶⁰ Endringslov til sosialtjenesteloven (2003) kapittel I

⁶¹ Endringslov til barnevernl. og sosialtjenestel.

4 Helse- og omsorgstjenesteloven

Helse- og omsorgstjenesteloven trådte i kraft 1. januar 2012. Loven erstatter sosialtjenesteloven og lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982 nr. 66 som ledd i den såkalte Samhandlingsreformen, hvis målsetning var å redusere sosiale helseforskjeller.⁶² Kommunen fikk sitt «sørge for-ansvar» presisert, men etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a (1) nr. 5 er staten ved Regionalt Helseforetak ansvarlig for å sørge for faglig, organisatorisk og økonomisk gjennomføring av behandlingen av rusmiddelavhengige.

Av Helse- og omsorgsdepartementets proposisjon til Stortinget⁶³ fremgår at lovforslaget hovedsakelig skulle videreføre gjeldende rett, med unntak av mindre tilpasninger i begrepsbruk, samt angivelse av kommunen som pliktsubjekt istedenfor sosialtjenesten. Hjelpetiltak i regi av kommunen (ved NAV) ble antatt dekket i ny hol. § 3-2, jfr. § 3-1(2), slik at sotjl. § 6-1 om hjelpetiltak ikke ble videreført.⁶⁴ Proposisjonsforslaget til hol. § 10-2 ble vedtatt uten endringer.⁶⁵

Evalueringsrapporten helsedirektoratet bestilte i anledning utredningen⁶⁶ pekte på at sotjl. § 6-2 manglet formålsbestemmelse, og at vilkårene innebar en lav terskel for tvangsutøvelse.⁶⁷ Ingen av synspunktene ble tatt til følge i proposisjonen fra Helse- og omsorgsdepartementet. Av kapasitetsgrunner utredet departementet overhodet ikke behovet for endringer nærmere i forbindelse med arbeidet med hol.,⁶⁸ slik at bestemmelsene i all hovedsak er like.

⁶² Prop.91.L (2010-2011) side 25.

⁶³ *ibid.* side 502

⁶⁴ *ibid.* side 423

⁶⁵ Innst.424 L (2010-2011) side 57, Lovvedtak 63 (2010-2011) side 8

⁶⁶ *Tvang overfor rusmiddelavhengige* side 9

⁶⁷ *ibid.* side 273

⁶⁸ Prop.91 L (2010-2011) side 422-424

4.1 Bestemmelsens innhold

Hol. kapittel 10 regulerer tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige. Paragraf 10-2 første ledd lyder som følger:

«Dersom noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig, kan det vedtas at vedkommende uten eget samtykke kan tas inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a fjerde ledd, for undersøkelse og tilrettelegging av behandling, og holdes tilbake der i opptil tre måneder.»

Her hjemles tilbakeholdelse⁶⁹ i egnet institusjon i inntil tre måneder. Legalitetsprinsippet krever klar hjemmel for et så alvorlig inngrep i den personlige integritet som tvungen behandling ville være, slik at det ikke er adgang til f.eks. tvangsmedisinering.⁷⁰

I bestemmelsen oppstilles seks materielle vilkår som alle må være oppfylt: personen tvangsvedtaket retter seg mot må for det første ha et misbruk av en viss størrelsesorden. Misbruket må forårsake en konkret fare for personens fysiske eller psykiske helse. For at minste inngreps prinsipp skal være overholdt, må først frivillige, og dermed mindre inngripende, tiltak finnes utilstrekkelig. Tvangen kan videre bare gjennomføres med bestemte formål for øye: undersøkelse og tilrettelegging av videre, frivillig behandling. Først etter en skjønnsmessig helhetsvurdering kan fylkesnemnda treffe sitt vedtak.

4.2 Bestemmelsens virkeområde

Av Sosialdepartementets proposisjon til odelstinget⁷¹ fremkommer at sosialtjenestelovens regler om særlige tiltak for rusmiddelavhengige i utgangspunktet er tenkt anvendt overfor rusavhengige over 18 år, ettersom bvl. har egen hjemmel for plassering av barn og unge i

⁶⁹ Helse- og omsorgsdepartementet (2004) side 40

⁷⁰ Prop.91 L (2010-2011) side 419, Andenæs (2003) side 233, Rundskriv I-1/93 side 148

⁷¹ Ot.prp.nr.29 (1990-1991)

rusmiddelinstitusjon.⁷² Overfor barn som snart ville fylle 18 år, mente sosiallovutvalget det ville være mest praktisk å bruke reglene i sosialtjenesteloven.⁷³ Departementet så ingenting prinsipielt i veien for å bruke reglene overfor umyndige, og beholdt enkelte regler om barns partsrettigheter.⁷⁴

Sosiallovutvalget antok i sin tid at bestemmelsen ville bli lite brukt, og heller overfor narkomane enn alkoholister fordi illegale substanser gjerne oppfattes som farligere enn alkohol.⁷⁵ Vedtakene jeg har analysert indikerer at dette kan være riktig,⁷⁶ uten at jeg har grunnlag for å konkludere. Bestemmelsens vilkår om omfattende og vedvarende misbruk indikerer at bestemmelsen retter seg mot de aller tyngst rusmiddelavhengige. Samtidig forutsettes tvangen kun brukt i de tilfeller den vil kunne ha en positiv virkning på den avhengiges behandlingssituasjon. Derfor mente utvalget bestemmelsen lå «bedre til rette for anvendelse mot en ung stoffmisbruker enn en eldre alkoholmisbruker som neppe vil la seg motivere».⁷⁷

4.3 Bestemmelsens formål

En del av kritikken mot den gamle sosialtjenesteloven § 6-2 var at regelen var uten klar formålsbestemmelse.⁷⁸ Likevel mener jeg lovteksten gir anvisning på visse formål, samtidig som forarbeidene kan tjene som veiledning til hva lovgiverne har ønsket å oppnå med bestemmelsen.⁷⁹ Jeg skiller altså mellom tvangens formål isolert sett, og bestemmelsens formål. Tvangens formål er klart uttrykt i lovteksten: innleggelse og tilbakehold i institusjon skal skje for å foreta undersøkelse for å kunne tilrettelegge for behandling.

⁷² Barnevernloven § 4-24 første ledd, annet alternativ

⁷³ NOU 1985:18 side 234

⁷⁴ Ot.prp.nr.29 (1990-1991) side 86

⁷⁵ NOU 1985:18 side 232

⁷⁶ Av 33 vedtak dreier 4 seg om misbruk av hovedsakelig alkohol

⁷⁷ NOU 1985:18 side 232

⁷⁸ *Tvang overfor rusmiddelavhengige* side 273

⁷⁹ Jfr. Eckhoff (2001) side 102-103

4.3.1 Hindre reproduksjon av sosiale problemer

Spørsmålet blir så hva man vil oppnå med undersøkelse og tilrettelegging for behandling? Det er åpenbart at videre behandling er et mål. Men bakgrunnen for ønsket om behandling fremgår ikke av ordlyden. Sosiallovutvalgets utredning gir noen holdepunkter for formålet:

«Den forståelse som bestemmer opplegget i utredningen og lovforslaget, bygger på to hovedpoenger. For det første anses det åpenbart at rusmiddelmisbruk både har årsaksmessig sammenheng med en rekke sosiale og personlighetsmessige forhold og i sine virkninger skaper og forsterker sosiale problemer. Dernest er misbruket i seg selv et sosialt problem som krever hjelpe- og behandlingstiltak av spesiell art.»⁸⁰

Utvalget karakteriserer her rusmiddelavhengighet i første rekke som et sosialt problem: en vanskelig sosial situasjon identifiseres som dels årsak til, og dels resultatet av, et problematisk forhold til rusmidler. Og det innrømmes et behov for særskilte tiltak utenom sosialtjenestens vanlige funksjoner. Fra denne forståelsen kom altså forslag til en snevrere hjemmel for tvangstiltak enn tidligere, som kanskje kunne bli mer treffsikker enn reglene i edruskapsloven §§ 6a og 7.⁸¹ Om reglene var lite brukt, så var de også til liten nytte.

4.3.2 Skadereduksjon

Det overordnede formål er å hindre skade. Dette følger av farekriteriet, i sammenheng med vilkårene om misbruk, årsakssammenheng og den skjønnsmessige helhetsvurdering.

4.3.2.1 Verne om den rusmiddelavhengiges egen helse

Hensikten med vilkåret om helsefare blir tydelig gjennom en sosialrettslig holdning til tvangstiltaket, i motsetning til en strafferettslig: vurderingen om tvang gjøres på bakgrunn

⁸⁰ NOU 1985:18 side 217

⁸¹ ibid. side 225

av den rusmiddelavhengiges egen helse.⁸² Hvorvidt vedkommende belaster eller utsetter sine omgivelser for fare er ikke kommunens, men politiets anliggende.⁸³ Straff er tilbakeskuede, en pine som påføres på grunn av en lovovertrjedelse. Tvangsinnleggelsen skal derimot hindre konsekvensene av en konstant fare, for slik å bidra til rehabilitering.⁸⁴ Av grunnlaget for farevurderingen – egen helse – kan leses et klart formål om skadereduksjon.

4.3.2.2 Målrettet skadereduksjon

Skadereduksjon gjennom tvangsplassering i rusinstitusjon kan kun oppnås dersom helserisikoen er forårsaket av et rusmiddelmisbruk. Misbruket av alkohol, narkotiske stoffer eller reseptbelagte legemidler må være så stort og varig at det karakteriseres som en avhengighet, heller enn sporadisk misbruk.⁸⁵

Målrettet skadereduksjon skal sikres gjennom kravet til misbrukets omfang og årsakssammenheng mellom misbruk og helsefare. Det legges her opp til en høy terskel for tvang.

4.3.2.3 Helhetsvurderingen skal sikre hensiktsmessig bruk av tvang

Formålet å nå ut til tungt avhengige må modifiseres noe av vilkåret om en helhetsvurdering i den enkelte sak. Sosiallovutvalget uttalte at bestemmelsen ikke skulle brukes «med mindre det er grunn til å tro at tiltaket kan være innledningen til en mer langvarig behandling».⁸⁶ Utvalget mente videre, i motsetning til Birkelundutvalget,⁸⁷ at formålet med tvangstiltaket kun rettferdiggjorde retensjon i inntil tre uker.⁸⁸ Men etter høringsrunden kom man til at tre

⁸² Ot.prp.nr.29 (1990-1991) side 89, Søvig (2007) side 91

⁸³ NOU 1985:18 side 233

⁸⁴ Søvig (2007) side 111

⁸⁵ NOU 1985:18 side 232

⁸⁶ *ibid.* side 233

⁸⁷ Omtalt i NOU 1985:18 side 232-233

⁸⁸ NOU 1985:18 side 232

uker var for kort tid til å «kartlegge misbrukerens muligheter, behov og ønsker, samt å finne fram til et relevant behandlingsopplegg som kan ta imot vedkommende».⁸⁹ Den innledende avrusningen kan ta inntil tre uker, og maksimaltiden ble derfor tre måneder.

Tvang skal altså ikke brukes med mindre man kan forvente å lykkes i en rehabilitering, slik at rene avrusningstiltak faller utenfor bestemmelsen.⁹⁰ Rehabilitering er ikke bare full rusfrihet, men også et betraktelig mindre – og dermed mindre helseskadelig – rusmisbruk⁹¹.

4.3.3 Komme i behandlingssituasjon

For å kunne hindre skade, er hjelpeapparatet avhengig av å komme i en behandlingssituasjon. Dette er vanskelig ettersom rusmiddelavhengigheten kan vanskeliggjøre både det å se eget hjelpebehov, og det å gjennomføre hjelpetiltak.

4.3.3.1 Minste inngreps prinsipp som rettssikkerhetsskranke

Terskelen for inngrep konkretiseres videre gjennom krav om at frivillige tiltak skal være utilstrekkelige, og i praksis være tilbudt og forsøkt,⁹² slik at tvang kan anses forholdsmessig. Tvang skal altså kun brukes overfor rusmiddelavhengige som ikke har klart å nyttiggjøre seg mindre inngripende, frivillige tiltak. Det at rusmiddelavhengiges behandlingstilbud ikke kun skal bestå av tvang, er en klar rettssikkerhetsskranke mot urettmessig tvang.

4.3.3.2 Tvang som innledning til frivillig behandling

Historiene i vedtakene viser vanskelighetene med å beholde motivasjonen under innledende avrusning og videre behandling. Alle i mitt utvalg har ufullførte avrusninger, innleggel-

⁸⁹ Ot.prp.nr.29 (1990-1991) side 91

⁹⁰ NOU 1985:18 side 350

⁹¹ *Tvang overfor rusmiddelavhengige* side 276, Søvig (2007) side 313

⁹² NOU 1985:18 side 233

ser eller andre frivillige tiltak som legemiddelassistert rehabilitering (LAR) bak seg. Disse kan når som helst avsluttes av den rusmiddelavhengige selv.⁹³ Men den rusavhengiges utskrivelser er kanskje ikke basert på fri vilje, men heller på bakgrunn av avhengigheten.⁹⁴

Første steg er avrusning. Brå avhold fra alkohol, opiat, og reseptbelagte legemidler medfører plagsomme abstinenser.⁹⁵ Oftest i form av influensasymptomer,⁹⁶ men også mer alvorlige anfall og psykoser kan oppstå.⁹⁷ Abstinenser kan være spesielt vanskelige å takle samtidig med å skulle tilpasse seg reglene i en institusjon, særlig for hjemløse.⁹⁸ Det anslås at færre enn én prosent av alle avrusninger fører til rehabilitering,⁹⁹ men før avrusningen har ikke den rusmiddelavhengige muligheten til å ta et nyktert standpunkt til sin fremtid.¹⁰⁰

Et innledende tvangsinngrep kan slik sette behandlingsapparatet i en behandlingssituasjon overfor den rusmiddelavhengige, som kan motivere til videre frivillig behandling.¹⁰¹ Og et lengre behandlingsopplegg er nødvendig for å komme ut av avhengigheten: foruten rusmidlene, må ofte sosiale nettverk kuttes.

4.3.3.3 Nå frem til dem som trenger, men ikke ber om hjelp

For å ha mulighet til å komme i en behandlingssituasjon må kommunen vite hvem som har et behandlingsbehov. Kravet om at frivillige tiltak skal være forsøkt gjør at kommunen oftest har hatt kontakt med vedkommende tidligere. Men løpende kontakt med f.eks. men-

⁹³ Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1

⁹⁴ Tjersland (1998) side 196

⁹⁵ Fekjær (2009) side 281

⁹⁶ *ibid.* side 216

⁹⁷ *ibid.* side 281

⁹⁸ *l.c.*

⁹⁹ *ibid.* side 283

¹⁰⁰ NOU 1985:18 side 21, Fekjær (2009) side 64, *Tvang overfor rusmiddelavhengige* side 21

¹⁰¹ Ot.prp.nr.29 (1990-1991) side 91, Andenæs (2003) side 233-234

nesker uten fast bopel er skjør, og avhenger av enten en sterkt oppsøkende tjeneste eller aktivitet fra den rusmiddelavhengige selv.

Bekymringsmeldinger fra pårørende etter hol. § 10-1 kan være bakgrunn for kommunens utredning av behovet for tvangsretensjon. Innføringen av § 10-1 innebar i første rekke en styrking av de pårørendes stilling.¹⁰² Men det legges her til rette for at kommunen kan få kontakt med mennesker gjennom andre kanaler enn kun eget initiativ. Ved innføringen av bestemmelsen ble det presisert at bekymringsmeldinger fra pårørende var vanlig. Likevel ble samarbeidet med pårørende ansett som viktig i høringsrunden, bl.a. siteres Fylkesmennene: «... det vil sikre at behandling blir vurdert sjøl der klienten ikke i øyeblikket er motivert eller er i stand til å be om hjelp.»¹⁰³ Ved siden av hensynet til de pårørende, synes dette som et ønske om å nå mennesker man vanligvis ville hatt vanskelig for å nå ut til.

4.3.4 Formålet

Til tross for kritikken om manglende formålsbestemmelse,¹⁰⁴ kan man altså lese et formål ut av bestemmelsen og forarbeidene. Det klareste formålet er skadereduksjon. Dette er vanskelig overfor mennesker som pga. sitt behandlingsbehov ikke selv klarer å dra omsorg for seg selv, og som ikke alltid kan nås gjennom frivillige tiltak, slik at første steg er å komme i en behandlingssituasjon. Innledende tvangsinnleggelse og retensjon i institusjon skal ideelt sett gå over i frivillig behandling ved tvangstidens slutt, og resultere i varig rusfrihet eller i alle fall et mindre helseskadelig rusmiddelforbruk. Altså et inngrep i den rusmiddelavhengiges liv, av hensyn til hans/hennes eget beste. Dette er et uttrykk for individuell paternalisme¹⁰⁵ i motsetning til straff, og har viktige rettssikkerhetsskranker i minste inngreps prinsipp og den skjønnsmessige helhetsvurderingen.

¹⁰² Ot.prp.nr.78 (1997-1998) side 18

¹⁰³ Sitat ibid. side 8

¹⁰⁴ *Tvang overfor rusmiddelavhengige* side 273

¹⁰⁵ Syse (2012) side 282

5 Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker

Før innføringen av sosialtjenestelovens bestemmelser om tvangsretensjon, skulle sosialtjenesten både yte sosiale tjenester og administrere tvangsbestemmelsene etter edruskapsloven.¹⁰⁶ Denne kompetansekombinasjonen hadde en stund blitt ansett uheldig,¹⁰⁷ ettersom «[t]russelen om tvangstiltak kan påvirke andre former for sosialt arbeid og vanskeliggjøre et positivt samarbeid mellom sosialarbeider og klient».¹⁰⁸

Tvangsvedtak overfor rusmiddelavhengige skal etter hol. § 10-2 annet ledd, jfr. § 10-5, treffes av fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker. Fylkesnemnda ble innført med sosialtjenesteloven for å tilfredsstille krav om uavhengighet, betryggende saksbehandling, hurtighet, samt en kombinasjon av juridisk og medisinsk faginnsett og legmannsskjønn.¹⁰⁹

De ordinære domstoler ble forkastet som førsteinstans på tross av muligheten for sakkyndige domsmenn. Av rettssikkerhetsgrunner ble det ansett viktig at også de juridiske aktørene hadde erfaring og kunnskap nok til å kunne analysere og formidle sosial- og medisinskfaglige synspunkter.¹¹⁰ Dette krever kompetanse utover den juridiske, en innsikt som i en egen nemnd i alle fall ville kunne opparbeides over tid. Her ville også ressursene mer målrettet komme tvangssakene til gode enn om man isteden valgte å ruste opp datidens by- og herredsretter.¹¹¹ Selv om fylkesnemnda ikke innehar samme juridiske tyngde som de alminnelige domstolene,¹¹² antas at det bevisste valg å ta sakene ut av domstolene å ha en innvirkning på den rettskildemessige betydningen av nemndas vedtak.

¹⁰⁶ Edruskapsloven § 7, jfr. § 8

¹⁰⁷ Kommentert i NOU 1985:18 side 290

¹⁰⁸ NOU 1985:18 side 290

¹⁰⁹ *ibid.* side 293, Innst.O.nr.9 (1991-1992) kapittel 9, Ot.prp.nr.29 (1990-1991) side 134-135, barnevernloven § 7-3, Kjønsstad (2012) side 552

¹¹⁰ NOU 1985:18 side 293, Ot.prp.nr.29 (1990-1991) side 134

¹¹¹ Ot.ptp.nr.29 (1990-1991) side 134-135

¹¹² Eckhoff (2001) side 225, Søvig (2007) side 71

Utgangspunktet etter bvl. § 7-1 er at hvert fylke har sin egen nemnd, og behandler saker reist av kommunene innen sitt fylke. Flere fylker kan slås sammen i regi av Helse- og omsorgsdepartementet, og vi har i dag 12 nemnder.

I det videre gis en kort redegjørelse for sakens gang fra bekymringsmelding til vedtak.

5.1 Sakens gang før den når fylkesnemnda

En tvangssak etter hol. § 10-2 kan settes i gang på to måter. Den rusmiddelavhengiges oppholdskommune, i praksis NAV, har etter § 10-8 ansvaret for å reise sak om tvang. Dette skjer på bakgrunn av kontakt med vedkommende, ofte i forbindelse med andre sosiale tjenester som veiledning og økonomiske stønader. Alternativt kan den rusavhengiges pårørende¹¹³ gå til kommunen, eller NAV, med en bekymringsmelding om omfattende rusmidelmisbruk. Slik blir NAV forpliktet til å utrede behovet for og mulighetene ved å fremme sak om innleggelse og tilbakehold i rusinstitusjon med eller uten samtykke.¹¹⁴

Etter § 10-6 innledes saken ved at NAV utarbeider en begjæring om tiltaket som angitt i bvl. § 7-11, som så oversendes fylkesnemnda.

5.2 Fylkesnemndas saksbehandling

Fylkesnemndenes saksbehandling er regulert i bvl. kapittel 7¹¹⁵ etter at sosialtjenesteloven kapittel 9 ble opphevet¹¹⁶ med virkning fra 1. januar 2008.¹¹⁷

¹¹³ Pasient- og brukerrettighetsloven 1 § 1-3 bokstav b, jfr. helse- og omsorgstjenesteloven § 10-1(2)

¹¹⁴ Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-1(1)

¹¹⁵ Barnevernloven §§ 7-1 til 7-8 og §§ 7-11 til 7-23, jfr. hol. § 10-5

¹¹⁶ Ot.prp.nr.76 (2005-2006) side 134 og 135, Endringslov til barnevernl. og sosialtjenestel kapittel IV

¹¹⁷ Delvis ikrafttr. av lov 2006:65 (endr i bvl mv.)

Paragraf 7-3 angir hovedprinsippene for saksbehandlingen, basert på tvisteloven § 1-1. Nemndsleder styrer saken fra forberedelse til vedtak, og sørger for at saksbehandlingen er betryggende, rask, tillitsskapende og tilpasset den enkelte sak.¹¹⁸ Krav til nemndas sammensetning følger av § 7-2, bl.a. må lederen fylle dommerkravene.¹¹⁹ Habilitetsregler følger av lov om domstolene av 13. august 1915 nr. 5. kap 6.¹²⁰ Forhandlingens rammer følger av § 7-5: møtet settes normalt med leder og ett fagkyndig og ett ordinært medlem, ved vanskeligere saker med to av hver. Innen rammene av betryggende saksbehandling kan partene samtykke til at nemndsleder avgjør saken alene, såkalt forenklet behandling.¹²¹

Etter § 7-8 har privat part krav på advokat, og såfremt parten er innkalt etter reglene i § 7-7, kan saken behandles selv om parten uteblir. Utgangspunktet etter § 7-16 er at forhandlingsmøtet, pga. dets taushetsbelagte innhold, holdes for lukkede dører. Videre følger bevisreglene stort sett av tvisteloven, jfr. § 7-17, og avgjørelsesgrunnlaget består etter § 7-18 i de opplysninger som har fremkommet gjennom møtet, evt. gjennom sakens dokumenter om saken behandles forenklet. Vedtak treffes snarest, og innen 2 uker etter forhandlingsmøtet, jfr. § 7-19, og forkynnes etter domstollovens regler.

5.2.1 Beviskrav

Kommunen har bevisbyrden for at alle de materielle vilkår for tvangsretensjon er oppfylt. Kravene til bevisenes styrke er alminnelig sannsynlighetsovervekt. Altså må det være over 50 % sikkert at faktum som legges til grunn er riktig. Rusavhengighetens varighet, nåværende helsetilstand og hvilke frivillige tiltak som har blitt forsøkt, lar seg gjerne bevise på bakgrunn av partenes dokumentasjon og saksfremstilling.

¹¹⁸ Jfr. også barnevernloven §§ 7-12, 7-14 og 7-15

¹¹⁹ Domstolloven §§ 53 flg.

¹²⁰ Barnevernloven § 7-6

¹²¹ Jfr. også barnevernloven § 7-14 annet ledd alternativ a

5.2.2 Prognose

Men fylkesnemnda må, også på bakgrunn av tidligere hendelser, vurdere de fremtidige konsekvenser av fortsatt rusmiddelmisbruk¹²² for å kunne avgjøre om tvang er nødvendig, hensiktsmessig og forholdsmessig. Det vil alltid være usikkerhet tilknyttet forutsigelser om fremtiden, slik at dette ikke dreier seg om bevis, men prognose. Søvig mener utgangspunktet for prognosen henger sammen med de motstridende interesser, og at hvor selvbestemmelsesretten veies opp mot eget liv eller helse (§ 10-2), må prognoseterskelen settes høyere enn hvor den veies opp mot andres helse (§ 10-3).¹²³ Kravet om «fare», at en negativ konsekvens kan inntre uten krav om at den er reell, utgjør etter hans mening en for lav prognoseterskel.¹²⁴ Mer om prognoseterskelen i kapittel 6.6.2.

5.2.3 Bevisvurdering

Etter bvl. § 7-3 skal fylkesnemnda bl.a. sørge for at bevisførselen gir et forsvarlig faktisk avgjørelsesgrunnlag, og legge til rette for kontradiksjon. Men ofte legger nemnda kommunens saksfremstilling til grunn. Dette opplyses spesifikt i de tilfeller saken har fått forenklet¹²⁵ behandling etter bvl. § 7-5 annet ledd. Såfremt saksbehandlingen likevel er betryggende er dette greit, og det er mest aktuelt i saker hvor privat part aksepterer tvang og er avhengig av rask behandling for å beholde institusjonsplass.

Jeg har kun funnet ett eksempel hvor nemndas saksfremstilling spesifikt skiller seg fra kommunens.¹²⁶ Her mente kommunen at privat part misbrukte heroin, mens hun hevdet å ikke ha brukt heroin på noen måneder. Nemnda konstaterer her at heroinbruk var uavklart, men da kvinnen misbrukte flere andre rusmidler, hadde dette ingen betydning for resultatet.

¹²² Søvig (2007) side 234-235

¹²³ *ibid.* side 275

¹²⁴ *ibid.* side 277-278

¹²⁵ Se f.eks. Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 2.5.2012 side 5, jfr. side 2

¹²⁶ Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 11.3.2013

Når nemnda oftest legger kommunens fremstilling til grunn, kan det skyldes partenes ulike nærhet til saken. Privat part er klart mer preget av situasjonen, og argumentasjonen er i noen tilfeller usammenhengende og preget av desperasjon i møtet med et potensielt tvangsvedtak. Kommunen er mer nøytral i sin tilnærming, kan dokumentere opplysninger gjennom urinprøver og rapporter, og forventes kanskje også å være mer objektiv. Disse momentene kan føre til at nemnda setter mer lit til kommunens fremstilling.

5.3 Vedtakene som er analysert

Analysen bygger blant annet på det utvalg vedtak i perioden 2008-2012 som ligger tilgjengelig på abonnementsdelen av www.lovdatab.no. Vedtakene knytter seg dermed både til sotjl. § 6-2 og hol. § 10-2. Utgangspunktet for publiseringen er at fylkesnemndene sender inn hvert femte realitetsvedtak de treffer¹²⁷. I perioden ble innsendt 16 vedtak fra 6 nemnder. Til sammenligning ble det på landsbasis truffet 87 ordinære vedtak etter sotjl. § 6-2 i 2009,¹²⁸ tre av dem publisert på lovdata.

Når såpass få vedtak om etablering av tvang overfor rusavhengige i praksis er tilgjengelige, skyldes det to forhold. For det første behandler fylkesnemndene langt flere barnevernssaker enn tvangssaker overfor rusavhengige. For det andre kan det skyldes ressursmangel hos de enkelte fylkesnemndene. Av hensyn til personvern må vedtakene anonymiseres svært strengt, hvilket er en tidkrevende jobb som den enkelte nemnd selv er ansvarlig for.

Jeg har derfor vært i kontakt med Barne- og familieetaten i Oslo kommune og Kommuneadvokaten i Bærum. Begge har vært svært hjelpelige med på kort tid å anonymisere vedtak i saker de har ført. Godt over halvparten av vedtakene i analysen kommer herfra, slik at flesteparten av vedtakene dermed kommer fra fylkesnemnda i Oslo og Akershus. Veileder har også bidratt med anonymiserte vedtak fra egne saker.

¹²⁷ NOU 2005:9 side 76

¹²⁸ *Tvang overfor rusmiddelavhengige*, figur side 17

Vanskene med å få tak i fylkesnemndsvedtak i tilknytning til tvangsbestemmelsen i hol. § 10-2 (og sotjl. § 6-2) innebærer at jeg ikke sitter på et tilfeldig trukket utvalg vedtak. På dette grunnlag kan jeg ikke trekke endelige konklusjoner om fylkesnemndenes praksis under ett, så alle funn presenteres med et visst forbehold. Den nemndspraksis jeg sitter på, kan likevel bidra til å belyse hvordan vilkårene forstås i praksis. Dette forvanskes riktignok noe av at fylkesnemndas begrunnelser tidvis er svært knappe, og bærer preg av å følge samme mønster. Hvert vilkår kommenteres, men ofte svært kort, og særlig i forenklete saker kun med henvisning til kommunens saksfremstilling. Totalt sitter jeg på 33 vedtak, og selv om alle tjener som bakgrunn, refereres bare 29 av dem spesifikt i teksten.

Vedtakene som er tilgjengelige på lovdatas nettsider inneholder ikke sidetall. De fleste er på rundt 3-4 sider, hvor først kommunens, siden privat parts anførsler presenteres, etterfulgt av fylkesnemndas bemerkninger. Resten av vedtakene inneholder sidetall.

6 De materielle vilkår for tvangsretensjon

I dette kapitlet forsøker jeg å fastlegge det nærmere innholdet i de materielle vilkår for tvangsretensjon av rusmiddelavhengige. Før tvangsvedtak kan fattes, må alle vilkårene være oppfylt. Vilråene i hol. § 10-2 første ledd er altså kumulative.

6.1 Misbrukskriteriet

Hol. § 10-2 første ledd oppstiller krav om «misbruk», uten nærmere beskrivelse av hva slags misbruk det dreier seg om. Dette må ses i sammenheng med kapittelets tittel («Tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige») og § 10-1 om kommunens utredningsplikt ved pårørendes melding om omfattende rusmiddelmisbruk. Rusmiddelmisbruk er et sammensatt ord, og vilkåret er også todelt: rusmiddelkriteriet viser til stoffene som brukes for å fremkalle rus, mens misbrukskriteriet går på omfanget av bruken.¹²⁹

¹²⁹ *Tvang overfor rusmiddelavhengige* side 22

Loven skiller ikke mellom ulike typer rusmidler eller lovligheten av dem.¹³⁰ Som rusmidler regnes alle rusfremkallende midler, som alkohol, legemidler og substansene definert som narkotika på Narkotikalistens.¹³¹ Substansene på denne listen er oppført der fordi Statens Legemiddelverk (i tråd med FNs konvensjoner om narkotika¹³²) har funnet at stoffene er helseskadelige, slik at det er hensiktsmessig å kontrollere befolkningens omgang med og inntak av dem. Sosiallovutvalgets betraktning var at

«Misbruk av rusmidler har så mange fellestrekk og stiller samfunnet overfor så li-
ke utfordringer at det må være riktig i mange sammenhenger å behandle alkohol-
og narkotikaproblemene samlet. Dessuten synes det å være en økende tendens til
at rusmiddelmisbrukerne kombinerer ulike rusmidler.»¹³³

Misbruket må videre være både omfattende og vedvarende, hvilket innebærer «jevnlig og omfattende misbruk over en viss tid. Det kortvarige og mer sporadiske misbruket skal ikke kunne rammes av tvangsbestemmelsen.»¹³⁴ Dette er en henvisning til avhengighet,¹³⁵ selv om avhengighet ikke er et absolutt begrep eller har noen absolutt diagnose:

«Snarere snakker vi om en samling symptomer, et syndrom, der følgene av rus-
middelmisbruk i perioder påvirker en persons livssituasjon slik at det forstyrrer
livsførselen på en uhenksom og ofte skadelig måte.»¹³⁶

Formuleringen knytter seg direkte til opiatavhengighet, men det samme kan sies om all avhengighet. Misbrukskriteriet – hvorvidt den private part er rusmiddelavhengig – er det

¹³⁰ Andenæs (2003) side 233

¹³¹ Narkotikalistens § 3, jfr. Legemiddeloven § 22

¹³² The Single Convention on Narcotic Drugs 1961, se også Fekjær (2009) side 32

¹³³ NOU 1985:18 side 229

¹³⁴ *ibid.* side 232

¹³⁵ *Tvang overfor rusmiddelavhengige* side 22

¹³⁶ Helsedirektoratet (2010) side 35

første som søkes klarlagt i nemndas behandling. Ordet «misbruk» kan synes å dreie seg om all skadelig bruk, men det kreves noe mer for å møte et menneske med tvang.

Det finnes lite seriøs forskning på skadevirkninger av ulovlige rusmidler,¹³⁷ men i noen tilfelle viser jeg til det franske folkehelseinstituttets risikorapport¹³⁸ slik den er gjengitt i Fekjærs fremstilling om rus.

6.1.1 Omfattende misbruk

Etter lovens ordlyd må rusmiddelmisbruket for det første være «omfattende», altså av et visst omfang. Jeg forsøker her å se hva fylkesnemnda ser på under denne vurderingen.

6.1.1.1 Blandingsmisbruk

Saksforholdene gir generelt liten indikasjon på omfanget av de enkeltes rusmiddelmisbruk ved å angi hvilke mengder som inntas daglig. Den vanligste formen for misbruk er såkalt blandingsmisbruk.¹³⁹ Det at noen ruser seg på flere ulike substanser enten samtidig eller om hverandre, kan forsterke rusens effekt, eller henge sammen med tilgjengelighet og hva slags rus en ønsker til ulike tidspunkter.

I alle vedtakene hvor blandingsmisbruk finnes sannsynliggjort (legges til grunn av nemnda), brukes selve blandingen som ledd i argumentasjonen for at misbruket er omfattende. Et spørsmål er derfor om blandingsmisbruk i seg selv anses som omfattende, eller om nemnda her sikter til at misbruket av hvert rusmiddel alene er omfattende.

¹³⁷ Fekjær (2009) side 213

¹³⁸ INSERM rapport 1998, gjengitt i Fekjær (2009) side 214

¹³⁹ NOU 1985:18 side 229, SIRUS rapport nr. 4/2003 side 38

I fem av vedtakene ble privat parts blandingsmisbruk beskrevet som «omfattende». I tre av vedtakene ser nemnda ut til også å ha vektlagt hvordan rusmidlene inntas – her ved injeksjoner,¹⁴⁰ og i et annet at blandingen også foregikk under LAR.¹⁴¹ I den siste saken gikk ikke nemnda nærmere inn på kriteriet om omfattende misbruk, den bare konstaterte «omfattende blandingsmisbruk».¹⁴² Men i denne saken ønsket privat part hjelp og aksepterte at tvang var den beste løsning. Saken ble dermed behandlet forenklet, og det var kanskje ikke nødvendig med en lengre argumentasjon.

Når fylkesnemndas redegjørelser frem til slutning generelt er såpass kort, er det vanskelig å si sikkert hvorvidt «omfattende» knytter seg til det enkelte rusmiddel isolert sett eller alle i sum. Misbruket virker riktignok mer omfattende når flere rusmidler legges sammen, slik at mindre mengder av flere rusmidler som isolert sett ikke er omfattende, til sammen kan utgjøre et omfattende misbruk. Likevel gir ikke analysen av mine vedtak holdepunkter for at blandingsmisbruk nødvendigvis anses omfattende i seg selv, ettersom nemnda supplerer med videre argumenter for tilstrekkelig omfang etter loven.

6.1.1.2 Amfetamin

Amfetamin er et sentralstimulerende stoff som kort fortalt «undertrykker følelser av fysisk og psykisk trøtthet, som en slags ‘superkaffe’».¹⁴³ I den franske risikorapporten¹⁴⁴ scorer stoffet høyt på giftighet i nervesystemet og allmenn giftighet, men lavt på fysisk og psykisk avhengighet og sosiale skader. 16 vedtak gjelder blandingsmisbruk med innslag av amfetamin, hvor dette stoffet forsvinner litt i mengden. Kun ett vedtak¹⁴⁵ gjelder hovedsakelig

¹⁴⁰ Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 2.10.2012, FNV-2012-113-HSF og Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 2.5.2011

¹⁴¹ FNV-2011-147-AGD

¹⁴² Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 6.6.2012

¹⁴³ Fekjær (2009) side 30

¹⁴⁴ INSERM rapport 1998, gjengitt i Fekjær (2009) side 214

¹⁴⁵ Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 2.4.2012

injisering av amfetamin. Nemnda la til grunn at årelangt misbruk av heroin og amfetamin var gått over til kun amfetamininjiseringer tre til fire måneder før begjæring om tvangsvedtak. Det er her vanskelig å si med sikkerhet om nemnda har vurdert omfanget på bakgrunn av også det tidligere heroinmisbruket. Det er kjent at begge stoffene ble injisert, men anførselene oppgir ikke hvor mye eller hvor ofte noen av stoffene har blitt brukt, ei heller hvorvidt amfetaminmisbruket har økt som substitutt. Dette kan tyde på at amfetaminmisbruket i seg selv er omfattende nok, men avdekker ikke hvor stort amfetaminmisbruk nemnda vil karakterisere som omfattende.

6.1.1.3 Piller

Ulike piller eller tabletter oppgis like ofte som amfetamin som del av blandingsmisbruk. Det dreier seg her hovedsakelig om benzodiazepinpreparater som angstdempende Valium og Sobril, og innsovningsmiddelet Rohypnol. Dette er i utgangspunktet lovlige legemidler, men som uten resept må kjøpes illegalt, og gjerne inntas i høyere doser enn lege ville foreskrevet. Nemnda er veldig knappe i å si noe om hvilket pillemisbruk som legges til grunn, slik at det ikke kan dannes noe inntrykk av om pillebruken i seg selv er omfattende, eller om den først blir det sammen med de andre rusmidlene.

6.1.1.4 Opiater

I brorparten av vedtakene inngår opiat, oftest heroin, som del av blandingsmisbruket.¹⁴⁶ Heroin kan både røykes og injiseres, og av vedtakene ser det ut til at mange røyker i begynnelsen, men siden går over til å injisere for sterkere effekt. Heroin er det stoffet som scorer høyest på den franske risikorapporten¹⁴⁷: høyest score på fysisk og psykisk avhengighet og sosiale skader, og høyt på allmenn giftighet, men lavt på giftighet i nervesystemet. I andre fremstillinger rangeres heroin på topp over helse- og avhengighetsrisiko og virk-

¹⁴⁶ 21 av 33 vedtak

¹⁴⁷ INSERM rapport 1998, gjengitt i Fekjær (2009) side 214

ninger på familier og samfunn.¹⁴⁸ I atter andre modeller har dødsrisikoen ved heroinmisbruk blitt forsøkt sammenlignet med andre aktiviteter, og blitt vurdert som svært/ganske farlig lik basehopp eller hanggliding.¹⁴⁹

Et spørsmål er om bruk av det «tyngste» stoffet heroin nærmest automatisk gjør at nemnda finner at misbruket er omfattende – altså om enhver bruk av heroin tilfredsstiller lovens krav. Jeg har forsøkt å få et inntrykk av dette ved å se på de sakene hvor privat part oppgir en eller annen form for bruk av heroin, men ikke erkjenner at misbruket er omfattende. Heroinmisbruk bestrides i seks av de 21 vedtakene hvor nemnda har lagt heroinmisbruk til grunn, og i tre av disse er heroinen del av sidemisbruk i LAR, som jeg kommer tilbake til i neste kapittel. I de tre gjenværende vedtakene foreligger også regelmessig misbruk av flere andre substanser, slik at nemnda ikke går spesielt inn på dette spørsmålet.¹⁵⁰ Det er heller ikke tema i saker hvor omfattende misbruk erkjennes, slik at det blir umulig å si om misbruk av heroin betyr noe for hvorvidt misbruket anses omfattende.

6.1.1.5 Sidemisbruk i legemiddelassistert rehabilitering

I seks av vedtakene med opiatbruk er opiatene del av et sidemisbruk, ettersom privat part har innvilget LAR, definert som:

«tverrfaglig spesialisert behandling for opioidavhengighet der rekvirering av vannedannende legemidler i en bestemt dose (substitusjonsbehandling) inngår som et deltiltak i et helhetlig rehabiliteringsforløp».¹⁵¹

¹⁴⁸ Nutt D, King LA, Salisbury W, Blakemore C: Development of a rational scale to assess the harms of drugs of potential misuse, gjengitt i Fekjær (2009) side 214

¹⁴⁹ Newcombe R, Woods S: How risky is ecstasy? gjengitt i Fekjær (2009) side 214

¹⁵⁰ Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 7.11.2012, 10.1.2012, samt 14.11.2012

¹⁵¹ LAR-forskriften § 3, jfr. spesialisthelsetjenesteloven § 3-16

Disse sakene er nok i en særstilling. Ved henvisning til behandlingen må blant annet rushistorien dokumenteres, herunder omfang og varighet av opiatbruk, slik at spesialisthelsetjenesten kan vurdere om personen har krav på og nytte av slik behandling.¹⁵² Erstatningsstoffene får stoffbruken inn i kontrollerte former, men de er også svært avhengighetsskapende, slik at behandlingen er ment å vare livet ut.¹⁵³ LAR initieres derfor kun som siste utvei.¹⁵⁴ Det er altså på det rene at omfattende og vedvarende opiatmisbruk på et tidspunkt har blitt konstatert. I disse sakene presiseres det av enten privat part eller fylkesnemnda at saken skal vurderes på bakgrunn av dagens situasjon. Men et sidemisbruk kan gi inntrykk av at situasjonen allikevel ikke er særlig bedret, i tillegg til at sidemisbruket kan være omfattende i seg selv. I ett av vedtakene aksepterte privat part tvang,¹⁵⁵ og jeg går ikke nærmere inn på dette.

Noen vedtak kan tyde på at nemnda mener LAR-behandling i seg selv godtgjør at misbruket er omfattende. En sak i denne retning dreier seg om en kvinne som hadde brukt metadon i 13 år.¹⁵⁶ Nemnda gikk ikke inn på misbrukets omfang, men konstaterte at kommunens opplysninger viste at privat part erkjente å være rusmiddelavhengig. Her var nemnda tydeligvis ikke i tvil. I den neste saken uttalte nemnda at «det inntak som følger av hennes egen forklaring er tilstrekkelig i forhold til lovens krav».¹⁵⁷ Likevel presiserte nemnda også at foreskrevne dose metadon ved siden av injeksjon av narkotiske stoffer (sett sammen med misbrukets varighet) medførte at misbruket var omfattende. Også i en tredje sak¹⁵⁸ ser LAR ut til å være avgjørende: her sa fylkesnemnda rett ut: «at det også er tale om et omfattende misbruk, bekreftes av at hun er tatt inn i et LAR-opplegg».

¹⁵² LAR-forskriften § 4

¹⁵³ Fekjær (2009) side 287

¹⁵⁴ LAR-forskriften § 4(2)

¹⁵⁵ Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 2.5.2011

¹⁵⁶ Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 8.10.2012

¹⁵⁷ FNV-2012-37-HSF

¹⁵⁸ FNV-2010-129-AGD

Men de to neste sakene viser at nemnda også trekker inn andre argumenter om den kan. I den ene saken¹⁵⁹ vektla nemnda at et omfattende blandingsmisbruk pågikk også under LAR, i tillegg til at amfetaminmisbruk økte kraftig etter at LAR ble kuttet ut. Nemnda var derfor ikke i tvil om at privat part var rusavhengig. Her ser dagens bruk ut til å være tilstrekkelig uten å trekke inn tidligere sidemisbruk i LAR. Noe av det samme kan leses ut av et vedtak hvor privat part erkjente sidemisbruk i LAR, men hevdet at situasjonen hadde begynt å bedre seg før midlertidig vedtak ble fattet.¹⁶⁰ Nemnda kommenterte ikke en eventuell bedring, men henviste til perioder med veldokumentert sidemisbruk, og vektla nok heller sosialtjenestens påstand om at situasjonen hadde forverret seg siste halvår.

Det kan altså se ut til at sidemisbruk i LAR i seg selv medfører at misbruket er omfattende. Men nemnda må samtidig treffe vedtak på bakgrunn av dagens situasjon, slik at om det finnes flere indikasjoner på omfattende misbruk, tas disse med for å styrke vedtaket.

6.1.1.6 Cannabis

Cannabis, i vedtakene oftest hasj, er blant de «mildeste» illegale rusmidlene på narkotikalistene. Det kan derfor tenkes at det kreves enten store mengder eller store konsekvenser i dagliglivet for at cannabismisbruk skal karakteriseres som omfattende. Kun én av sakene retter seg mot misbruk av hovedsakelig cannabis.¹⁶¹ Privat part vedgikk å ha røkt hasj så å si daglig i fire år, ved forhandlingen ca. ett gram daglig (fire-fem sigaretter). Nemnda fant det sannsynliggjort at et daglig, kronisk bruksmønster av hasj hadde skapt et avhengighetsforhold. Videre uttalte nemnda at selv om cannabis «ikke tilhører de såkalt tunge rusmidlene, kan det neppe være tvil om at misbruk av stoffet i prinsippet faller inn under § 6-2.»

¹⁵⁹ FNV-2011-147-AGD

¹⁶⁰ FNV-2012-316-HSF

¹⁶¹ FNV-2008-235-BUS

6.1.1.7 Alkohol

Alkohol er det eneste rusmiddelet i materialet som selges over disk til tross for at det anses skadelig nok ved misbruk til å møtes med tvang. I vår kultur er alkoholbruk stort sett akseptert, men det er ulike oppfatninger i ulike sosiale miljøer om når bruk går over i misbruk.¹⁶² Sosiallovutvalget antok også at regelen om tvangsretensjon ville komme oftere til anvendelse ved stoffmisbruk enn alkoholmisbruk, «[k]anskje i første rekke fordi stoffmisbruk oppfattes som farligere, både på kort og lang sikt».¹⁶³ Fortsatt brukes språket til å definere alkohol bort fra andre rusmidler: narkotika dreper mennesker, mens mennesker som dør av alkohol bare har brukt stoffet feil, man «fornekter alkoholens faktiske giftighet».¹⁶⁴

Fire saker gjelder primært alkoholmisbruk, og i alle vedtakene erkjennes et omfattende rusmiddelmisbruk. I det første vedtaket erkjente mannen et femårig alkoholproblem, og oppga å ha drukket opptil 1 liter sprit og 24 øl i døgnet.¹⁶⁵ Urinprøver bekreftet at mannen tidvis brukte GHB og amfetamin. I de tre neste sakene oppgis ikke hvor stort forbruket er, men i den andre saken¹⁶⁶ viste sosialtjenesten til eldre og nyere episoder hvor vedkommende ble funnet i svært dårlig forfatning etter lengre drikkeperioder. I den tredje saken ble mannen av de ansatte på tiltaket han hadde bodd på siste seks måneder beskrevet som «omtrent permanent i rus», og misbruket knyttet seg til seg til øl og sprit, samt rødsprit og Antibac ved dårlig råd.¹⁶⁷ Den siste saken gjelder en kvinne som hovedsakelig ruset seg på alkohol, inkludert rødsprit, og noe benzodiazepiner, og ved svært mange anledninger hadde blitt funnet full og forkommen ulike steder i byen, ute av stand til å ta vare på seg selv.¹⁶⁸

¹⁶² NOU 1985:18 side 217

¹⁶³ *ibid.* side 232

¹⁶⁴ Fekjær (2009) side 210

¹⁶⁵ FNV-2012-213-MRO

¹⁶⁶ FNV-2009-32-AGD

¹⁶⁷ Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 4.8.2010

¹⁶⁸ FNV-2008-742-OSL

For en utenforstående virker alkoholkonsumet i disse sakene umiddelbart omfattende. Kanskje spesielt med tanke på beskrivelsene av hva konsumet gjør med deres evne til å ta vare på seg selv, men også typen alkohol er urovekkende. Ingenting i vedtakene tyder på at noen av dem klarer å leve et «normalt» liv med jobb og familie. En medvirkende årsak til at omfattende misbruk i alle disse sakene anses oppfylt, kan være at det ble erkjent av privat part.

6.1.1.8 Ikke omfattende misbruk

Omfattende misbruk ble godtgjort i alle sakene jeg har lest unntatt én.¹⁶⁹ Saken gjaldt en 17-åring som de siste tre årene hadde brukt hasj, injisert amfetamin, samt brukt morfinpreparatet Subutex illegalt de siste to måneder før tvangssaken.

Nemnda fastslo at morfinbruken var sannsynliggjort, og at barnets rusmisbruk utvilsomt var bekymringsfullt, men

«foreliggende bevis i form av subjektive iakttagelser og vurderinger fra Barns mor og barneverntjenesten er ikke bekreftet ved urinprøver eller andre bevismidler som samlet sett kunne godtgjøre at rusmisbruket er så omfattende som loven krever».

Her var altså fravær av objektive bevis avgjørende for bevisvurderingen.

6.1.2 Vedvarende misbruk

For det andre må misbruket være «vedvarende», altså ha pågått over lengre tid. På dette punkt er forarbeidene veldig uklare. Fylkesnemndene har i en del saker, uavhengig av rusmiddel, lagt til grunn misbruk på rundt fire-fem år, og oftest en del lenger. Men to saker skiller seg ut ved at misbruket har vart noe kortere, ca. tre år.

¹⁶⁹ FNV-2008-130-AGD

Den første saken gjaldt en 20-åring som hadde misbrukt hasj siden han var 17 og som hadde brukt benzodiazepiner og røkt heroin det siste året.¹⁷⁰ Her var fylkesnemnda delt i spørsmålet om tvangsplassering, men enige om at også vedvarende misbruk var tilstrekkelig godtgjort. Det ser ut til at nemndas flertall her la spesiell vekt på den negative utviklingen misbruket hadde tatt i løpet av kort tid – det ble oppgitt 9 overdoser siste halvår. Allerede misbruket av hasj fra 17 års alder hadde medvirket til at privat part ikke fullførte videregående, og på tidspunkt for tvangssaken sto han fortsatt uten tilknytning til arbeidslivet. Dette viser ganske tydelig at et reelt rusproblem hadde vedvart i ca. tre år.

Den andre saken førte ikke til tvang ettersom vilkår om omfattende misbruk ikke ble tilstrekkelig godtgjort.¹⁷¹ Verken nemnda eller partene var likevel i tvil om at misbruket av hovedsakelig amfetamin og noe hasj, var å karakterisere som vedvarende ettersom det hadde «vart over flere år».

6.1.3 Vurdering av fylkesnemndas tilnærming til misbrukskriteriet

Gjennomgangen av vedtakene indikerer at det ikke er meningsfylt å si noe om hvor grensen for omfattende misbruk går i forhold til hvert enkelt rusmiddel. Jeg har inndelt misbruk etter misbruksmønster (blandingsmisbruk, med/uten LAR) og type rusmidler. Men utbredt blandingsmisbruk gjør at omfattende misbruk sjelden konstateres på bakgrunn av ett rusmiddel. Dette er kanskje overraskende nok i forbindelse med de såkalt «milde» rusmidlene alkohol og cannabis. Det at disse stoffene alene utgjør omfattende misbruk, tyder på at type rusmiddel ikke er avgjørende i seg selv. Saken om barnet viser betydningen av objektive bevis i vurderingen.

Heller ikke grensen for vedvarende misbruk lar seg enkelt trekke opp, ettersom det ikke har blitt satt på spissen. Det nærmeste mitt utvalg kommer, er sosialtjenestens uttalelse om at

¹⁷⁰ FNV-2011-303-OSL

¹⁷¹ FNV-2008-130-AGD

misbruket hadde vart over flere år, som fylkesnemnda godtok. Saken om barnet eksemplifiserer også at konstatert vedvarende misbruk ikke nødvendigvis må karakteriseres som omfattende, selv om nemnda ofte ser ut til å foreta vurderingene i tilknytning til hverandre. En annen ting er at det store flertallet av saker som dreier seg om mer langvarig misbruk kanskje kan tyde på at sosialtjenesten ikke fremmer sak med mindre misbruket har vart lenge.

6.2 Farekriteriet

Det neste vilkåret i § 10-2(1) er at den rusavhengige gjennom misbruket «utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare». Farekriteriet innebærer at det må finnes en risiko for at den rusavhengiges egen helse på en eller annen måte lider skade, enten fysisk eller psykisk. Misbruk av rusmidler vil etter hvert manifestere seg i fysiske skader som for eksempel infeksjoner som følge av injiserende misbruk,¹⁷² samt faren for overdose. Men det antas også å forverre eksisterende eller føre til nye psykiske symptomer og tilstander.

Opprinnelig forslag fra Sosiallovutvalget inneholdt kvalifisert farekrav: «alvorlig fare».¹⁷³ Dette har forsvunnet underveis, uten at det er kommentert i proposisjonen.¹⁷⁴ Men dersom det tas utgangspunkt i at all rusmiddelmisbruk er skadelig og dermed faller innunder kriteriet, vil farekriteriet miste sin selvstendige betydning. Det er i litteraturen uenighet om hvorvidt loven skal tas helt på ordet her: Andenæs og Bernt mener en utvidelse av tvangsfullmakten ikke var intensjonen, og at en konkret vurdering fortsatt må legges til grunn.¹⁷⁵ Søvig mener på sin side at ettersom kravet om «fare» ble vedtatt, må loven tas på ordet.¹⁷⁶

¹⁷² F.eks. fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 14.11.12

¹⁷³ NOU 1985:18 side 232

¹⁷⁴ Ot.prp.nr.29 side 88-89, jfr. side 176

¹⁷⁵ Andenæs (2003) side 241, Bernt (2000) side 240

¹⁷⁶ Søvig (2007) side 278

Både etter den tidligere edruskapsloven og i Birkelundutvalgets utredning¹⁷⁷ kunne tvangs-tiltak begrunnes i hensyn til omgivelsene i tillegg til den rusmiddelavhengiges egen helse:

«En person som på grunn av misbruk av alkohol eller andre berusende eller bedøvende midler volder fare for seg selv, **eller gjentatte ganger forulemper sine nærmeste omgivelser**, kan ved forhørsrettens kjennelse og uten eget samtykke bli pålagt å oppholde seg i behandlingsinstitusjon som er godkjent av Kongen, i et tidsrom på inntil 3 måneder.»¹⁷⁸

Sosiallovutvalgets forslag avvek fra dette, og presiserte at det å beskytte andre mennesker var politiets oppgave.¹⁷⁹

6.2.1 Fare for fysisk helse

Det er sjelden nemnda bare legger én fysisk helsefare til grunn, for som oftest utsetter privat part seg for en rekke fysiske farer som følge av sitt rusmisbruk.

6.2.1.1 Overdose

Den største overhengende fysiske faren ved misbruk av tyngre rusmidler er overdose – at den rusmiddelavhengige tar en for høy brukerdose i forhold til sitt toleransenivå – i verste fall dødelig. Overdose kan skje om en får i seg renere stoffer enn en er vant til og slik feilberegner dosen, etter en avrusning som ofte har senket en opparbeidet rustoleranse, eller i kombinasjon med alkohol.¹⁸⁰ Ved alkoholmisbruk kalles tilsvarende alkoholforgiftning.

¹⁷⁷ NOU 1985:18 side 232

¹⁷⁸ Sitat ibid. side 226, min utheving

¹⁷⁹ ibid. side 233

¹⁸⁰ Fekjær (2009) side 293

I syv av vedtakene påberopes tidligere overdoser som bevis på at kravet om å sette seg selv i fysisk fare er oppfylt. I en sak¹⁸¹ oppgis 9 overdoser siste halvår før tvangsvedtak, hvorav 3 krevde behandling. Det er derfor mulig at langt flere har hatt overdoser, men at privat part ikke har hatt behov for behandling slik at overdosen ikke er kjent. I alle sakene hvor tidligere overdoser opplyses, blir de del av nemndas vurdering av hvorvidt farekriteriet er oppfylt. Dette gjaldt også i et tilfelle hvor heroinoverdosen lå hele åtte år tilbake i tid, og privat part de siste årene hovedsakelig hadde ruset seg på alkohol.¹⁸² Her erkjente riktignok part helseskadelig rusmiddelavhengighet, og hadde hatt en alkoholforgiftning samme år.

6.2.1.2 Økt risiko ved injisering

En rekke andre helserisikoer påberopes for å godtgjøre at vilkåret er oppfylt. De fleste er mer indirekte følger av rusmisbruket, for eksempel knyttet til måten rusmidlene inntas. Selv om opiater i seg selv ikke er så giftige for indre organer på sikt¹⁸³ som man gjerne tror, kan injeksjonen av dem føre til infeksjoner i stikksår, og blodforgiftning. Dette er tilstander som krever medisinsk behandling. En del virus smitter via blodoverføringer, slik at det å dele sprøyte kan føre til spredning av blant annet hepatitt og ikke minst HIV, som uten behandling etterhvert utvikler seg til AIDS.

6.2.1.3 Egenomsorg og farlige situasjoner

Mange prioriterer rus fremfor mat, slik at de blir feil- og underernærte, og mange glemmer å ta medisinen sine, eller setter seg selv i farlige situasjoner under rus. Flere av kvinnene har ved en eller flere anledninger blitt utsatt for seksuelle overgrep i rusmiljøet mens de var ruset, og sliter med det i etterkant, både i form av HIV-smitte¹⁸⁴ og angst og utrygghet.¹⁸⁵ I flere av sakene ses skader pådratt i rus¹⁸⁶ eller som følge av opphold i belastede miljøer¹⁸⁷.

¹⁸¹ Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 11.5.2011 side 4

¹⁸² Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 6.6.2012

¹⁸³ Fekjær (2009) side 287

¹⁸⁴ FNV-2011-670-OSL

Helsefarer som følge av manglende egenomsorg og sikkerhet i rus, tas opp i nær alle vedtakene, ettersom dette er vanlige følger av rusmiddelavhengighet og hjemløshet.

6.2.1.4 Ikke fare for fysisk helse

Kriteriet om fysisk helserisiko har blitt ansett oppfylt i alle sakene jeg har lest – unntatt to. I den første saken fremkom ikke opplysninger om særskilt helsefarlige episoder som overdoser eller selvmordsforsøk.¹⁸⁸ Ellers følger det av fastlegens erklæring at hun ila. seks år kun tre ganger hadde søkt legehjelp (åpenbart urelatert til rusmisbruk), og stort sett følte seg frisk. Nemnda uttalte i denne forbindelse: «Det er ikke utvilsomt at hennes helse reduseres sakte men sikkert ved slik livsførsel, men terskelen for å bruke tvangsinnleggelse anses ikke for å være nådd her.»¹⁸⁹ Her har det nok sneket seg inn en trykkfeil, slik at nemnda finner helsereduksjonen *ikke tvilsom*.

Den andre saken gjaldt et barn som fikk en alvorlig ryggskade etter å ha vært i en bilulykke, antatt i rus.¹⁹⁰ Barnet fikk morfin på sykehuset, og fortsatte selvmedisineringen illegalt i ettertid med erstatningspreparatet subutex på toppen av å injisere amfetamin. Det at barnets rusproblem kanskje utsatte henne for en stygg ulykke som også bidro til å øke hennes misbruk, er ikke et moment i nemndas farevurdering. Nemnda uttaler at: «Rusmisbruk er alltid skadelig, både fysisk og psykisk, men det er ikke tilstrekkelig godtgjort hvilken spesiell risiko som foreligger for Barn fremfor andre rusmisbrukere».

Disse to sakene kan bidra til å presisere farekriteriet. I den første saken påberopes ingen fysiske farer, og da er det ikke rart nemnda vurderer kriteriet fysisk fare som ikke oppfylt.

¹⁸⁵ FNV-2012-113-HSF, fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 13.3.2008

¹⁸⁶ FNV-2012-213-MRO, FNV-2009-32-AGD

¹⁸⁷ FNV-2010-267-AGD, fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 14.11.2012

¹⁸⁸ Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 8.10.2012

¹⁸⁹ Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 8.10.2012 side 8

¹⁹⁰ FNV-2008-130-AGD

Saken er likevel et godt eksempel på at et tvangstiltak skal være grunnet i fare for den rusmiddelavhengiges egen helse: «Nemnda ser at det har vært flere episoder som har vært til belastning for hennes omgivelser, men hensynet til nærmiljøet gir etter nemndas skjønn ikke grunnlag for tvangsbehandling». Dette er klart i tråd med forarbeidene¹⁹¹, selv om ordet «tvangsbehandling» er misvisende. Også i den andre saken etterlyser fylkesnemnda en spesifikk helserisiko utover bare det at høyt inntak av rusmidler er helseskadelig.

Om høyt inntak hadde vært tilstrekkelig for å fatte tvangsvedtak, ville bevisførselen kun ha dreiet seg om misbrukskriteriet, og de andre vilkårene ville ha vært overflødige.

6.2.2 Fare for psykisk helse

Fylkesnemnda legger i en del saker til grunn at rusmiddelmisbruk innebærer en fare for den psykiske helsen. Dette er særlig hvor privat part fra før har diagnoser som enten forverres av selve rusen, eller som ikke blir behandlet på grunn av livsstilen rusmisbruket medfører. Vedtakene viser eksempler på bl.a. ADHD, posttraumatisk stressyndrom (PTSD), angst, depresjoner og ulike personlighetsforstyrrelser. Nemndene er sparsomme med uttalelsene her, og gir inntrykk av at det er en fin linje mellom tilfeller der det legges til grunn at rusen forverrer symptomene eller rusen hindrer riktig oppfølging og behandling av dem.

En annen gjenganger er såkalte rusutløste psykoser.¹⁹² Psykose er et samlebegrep for flere alvorlige sinnslidelser karakterisert av tankeforstyrrelser, vrangforestillinger, hallusinasjoner og redusert kontaktevne.¹⁹³ Nemnda er også her sparsomme i sin behandling, tilstanden konstateres på bakgrunn av faguttalelser og legges til grunn som psykisk helsefare.

¹⁹¹ NOU 1985:18 side 233

¹⁹² Kringlen (2011) side 225

¹⁹³ *ibid.* side 133

6.2.3 Vurdering av fylkesnemndas tilnærming til farekriteriet

Nemnda ser i vurderingen av vilkåret om helsefare hovedsakelig hen til uttalelser fra leger og psykologer som har arbeidet med privat part. I tillegg legges ofte kommunens saksfremstilling til grunn, antakelig fordi den er godt dokumentert. Farekriteriets nedre grense lar seg vanskelig fastsette, men redegjørelsen har kanskje gitt et bilde av hvilke helsefarer som forekommer ved omfattende og vedvarende rusmisbruk. Kanskje er heller ikke grensen det viktigste.¹⁹⁴ Til slutt må nemnda alltid foreta en helhetsvurdering og komme til at tvangstiltaket ikke er uforholdsmessig i forhold til helsefaren den rusmiddelavhengige er utsatt for.

6.3 Krav om årsakssammenheng

Tilbakehold i institusjon uten samtykke har som formål å hindre videre rusbruk som manifesterer seg i negative helsekonsekvenser, i loven uttrykt som at helsefarene må ha oppstått «ved» omfattende og vedvarende misbruk. Dersom helsefaren ikke er forårsaket av misbruket, vil heller ikke det å behandle misbruket avverge helsefaren.

Kanskje er det her det tydeligst kommer frem at bestemmelsen er en verneregel og ikke en kontrollregel.¹⁹⁵ Oppgaven med å beskytte andre mennesker som lider med misbrukeren, tilkommer politi og påtalemyndighet, ikke kommunen.¹⁹⁶ Rusmiddelavhengighet som ikke er så alvorlig at det er et problem for den enkelte, skal ikke møtes med tvang. Men når et menneske risikerer å gå under på grunn av rusmisbruk, er tvang et verktøy for å hjelpe vedkommende ut av misbruket.

Kun i én sak fant nemnda at årsakssammenheng mellom rusmisbruk og helsefare ikke forelå.¹⁹⁷ Kommunen anførte at privat part brukte alle sine penger på rusmidler istedenfor å

¹⁹⁴ Søvig (2007) side 264

¹⁹⁵ Ot.prp.nr.29 (1990-1991) side 89

¹⁹⁶ NOU 1985:18 side 233

¹⁹⁷ FNV-2008-130-AGD

spise mat, og at overdosefaren var overhengende. Videre ville rusmiddelmisbruket forsterke underliggende psykiske lidelser som ADHD og angst. Nemnda sa seg enig i at rusmisbruket var bekymringsfullt, men mente det ikke forelå «nærmere dokumentasjon på sammenhengen mellom fortsatt rusmisbruk og effekten på hennes fysiske helse». Dette er for øvrig saken hvor heller ikke omfattende misbruk eller tilstrekkelig helsefare kunne godtgjøres, slik at disse delslutningene henger sammen. Det passer dårlig å konstatere tilstrekkelig årsakssammenheng mellom et rusmisbruk som ikke finnes omfattende etter lovens vilkår, og en helserisiko som ikke er godtgjort utover de generelle farer ved rusmisbruk.

6.3.1 Vurdering av fylkesnemndas tilnærming til årsakssammenhengen

Etter mine vedtak å dømme, er ikke dette et vanskelig punkt i vurderingen – årsakssammenhengen fremstår for det meste som så tydelig at fylkesnemnda stort sett konstaterer årsakssammenheng. Ofte er det snakk om direkte årsakssammenheng som injeksjonsskader, overdoser eller rusutløste psykoser. Men også mer avledete skader aksepteres som forårsaket av rusmisbruket, eksempelvis at privat parts livsstil medfører vanskeligheter med å dra daglig omsorg for seg selv eller holde seg unna farlige situasjoner.

6.4 Minste inngreps prinsipp

Minste inngreps prinsipp er et gjennomgående hensyn i all bruk av lovlig tvang: det skal ikke brukes sterkere midler enn målet fordrer. Tvangsretensjon er et tiltak som innebærer store inngrep i den tvungnes liv, og kan føles svært belastende. Det er dermed ikke gitt at dette er det beste utgangspunkt for behandling med sikte på varig endring. Allerede i utredningen til sosialtjenesteloven ble det fastslått at samfunnets inngripen mot enkeltpersoners vilje bare kunne rettferdiggjøres i de mest alvorlige situasjoner.¹⁹⁸ Minste inngreps prinsipp gjør seg også gjeldende i Sosiallovutvalgets uttalelse om at

¹⁹⁸ NOU 1985:18

«Det følger av formålet med et slikt tvangstiltak at det bare bør kunne være så lenge det er nødvendig for å klargjøre forutsetningen for en mer langvarig behandling basert på frivillighet (...).»¹⁹⁹

6.4.1 Frivillige hjelpetiltak

Frivillig behandling er klart mindre inngripende enn tvang, og etter hol. § 10-2 første ledd kan tvangsretensjon kun vedtas dersom frivillige hjelpetiltak «ikke er tilstrekkelig». Dette må innebære krav om at frivillige tiltak skal være vurdert. Sosiallovutvalget uttalte også at frivillig behandling skal være forsøkt, men ikke for mange ganger, da det taler for at den manglende motivasjonen medfører at behandling er lite hensiktsmessig.²⁰⁰

Sotjl.§ 6-2 viste til § 6-1 om hjelpetiltak, som besto i opplysning, råd og veiledning, i tillegg til å etablere frivillig behandlingsopplegg.²⁰¹ I hol. er kommunens overordnede ansvar for helsefremmende og forebyggende helsetjenester hjemlet i § 3-2 første ledd, jfr. § 3-1 andre ledd. Selv om sotjl. § 6-1 ikke er videreført i hol., presiseres det at forslaget til hol. § 3-2 viderefører gjeldende rett.²⁰² Kommunens plikt til opplysning, råd og veiledning ble lovfestet i § 3-3 første ledd, som uttrykkelig omfatter forebygging av sosiale problemer.

Av vedtakene jeg har analysert, fremgår at de aller fleste har frivillige tiltak i regi av sosialtjenesten bak seg. Noen har fått oppnevnt støttekontakt, kommunal bolig, eller har spesielle ordninger med primærhelsetjenesten i form av regelmessige helsesjekker og urinprøver. En del er også på vedtakstidspunkt med i LAR. Samtlige har altså en form for frivillig tiltak bak seg.

¹⁹⁹ NOU 1985:18 side 232

²⁰⁰ *ibid.* side 233

²⁰¹ Listen er ikke uttømmende, jfr. Ot.prp.29 (1990-1991) side 87 og 163

²⁰² Prop.91 L (2010-2011) side 172

6.4.2 Tilstrekkelighet

Men hvordan avgjør man hvorvidt frivillige tiltak er tilstrekkelige eller ikke? Dette er en sammensatt vurdering. Fylkesnemnda må forsøke, på bakgrunn av den enkeltes historie av rus og hjelpetiltak, å anslå hva man kan forvente å oppnå med frivillige hjelpetiltak kontra en tvangsretensjon. Nedenfor følger en gjennomgang av momentene i vurderingen.

6.4.2.1 Er frivillig hjelpetiltak et egnet og reelt alternativ til tvang?

For det første må tiltaket være egnet til å hindre helseskade, for det andre må muligheten for at hjelpetiltaket faktisk hindrer helseskade, være reell.²⁰³ Et gjennomført frivillig hjelpetiltak må antas å hindre helseskade såfremt skadelig sidemisbruk unngås. Her må nemnda se hen til privat parts motivasjon for å vurdere om frivillig hjelpetiltak vil bli gjennomført.

I de fleste sakene henviser nemnda til kommunens dokumentasjon om at frivillige hjelpetiltak gjentatte ganger enten avslås eller ikke følges opp av privat part. Ettersom frivillige tiltak ikke tidligere har vært egnet til å hindre helseskade, konstateres at frivillige tiltak er utilstrekkelige.

Vurderingen av hvorvidt frivillige hjelpetiltak reelt sett vil forhindre det helseskadelige misbruket, blir satt på spissen hvor privat part deltar i LAR. I teorien skulle dette være tilstrekkelig til å hindre helseskade (hovedsakelig injeksjonsfarer), men mange har altså et sidemisbruk av andre rusmidler som kan være mer giftige for kroppen enn opiatene. Jeg ser derfor nærmere på om sidemisbruk i LAR tjener som argument for at frivillige hjelpetiltak ikke hindrer helseskade.

Alle LAR-deltakerne i mine vedtak har flere frivillige tiltak utover LAR bak seg, unntatt én, slik at det nødvendigvis er en del dårlige erfaringer med frivillighet. I denne ene saken uttalte nemnda at privat part «over tid har hatt en fast og konsis holdning til at hun ikke er

²⁰³ Søvig (2007) side 293

interessert i frivillig behandling».²⁰⁴ Det ble henvist til legeuttalelsen om at hun startet LAR for skadereduksjon, ikke rusfrihet, og derfor har hatt et blandet sidemisbruk.²⁰⁵ Tiltaket var for så vidt ikke mislykket²⁰⁶, og nemnda konkluderte ikke i denne sammenheng

I resten av LAR-sakene²⁰⁷ har nemnda fulgt samme mønster som i andre vedtak: konstatert at tidligere hjelpetiltak ikke hadde blitt fulgt opp, herunder at LAR ikke forhindret sidemisbruk. På denne bakgrunn har nemndene sluttet at privat part etter all sannsynlighet ikke ville makte å gjennomføre et frivillig opplegg, slik at skadereduksjon ikke kunne forventes.

Alle vedtakene jeg har lest har vært enstemmige i resultat unntatt én. Mindretallet bestod i denne saken²⁰⁸ av det ikke-faglige nemndsmedlemmet, som mente et påbegynt frivillig hjelpetiltak burde fortsettes, konkretiseres og gjøres forpliktende for privat part. Det fremkommer likevel av saksgrunnlaget at kontakten med tiltaket hittil hadde vært sporadisk, og at tidligere tiltak heller ikke hadde blitt fulgt opp. Kanskje var det utslagsgivende for mindretallet at privat part fremsto som nykter for nemnda.

Fylkesnemnda bruker altså tidligere mislykkede hjelpetiltak, herunder sidemisbruk i LAR, som erfaringsmessig argument for at frivillige hjelpetiltak ikke har den ønskede effekten på privat part i form av varig å hindre helseskade.

6.4.2.2 Kan frivillige hjelpetiltak komme i gang i tide?

For det tredje må ikke det frivillige hjelpetiltaket ligge så langt frem i tid at faren for alvorlig helseskade, herunder overdosedødsfall, er for stor.²⁰⁹ Muligheten for frivillige hjelpetil-

²⁰⁴ Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 8.10.2012

²⁰⁵ Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 8.10.2012 side 9

²⁰⁶ Skadereduksjon er et uttalt formål med LAR, jfr. LAR-forskriften § 2

²⁰⁷ Se avsnitt **Feil! Fant ikke referansekilden.**

²⁰⁸ Fylkesnemnda OA vedtak 11.5.2011

²⁰⁹ Søvig (2007) side 295

tak anføres ofte, uten at faktisk tilbud foreligger. Spørsmålet må uansett være om behovet for avrusning, og forhåpentligvis behandling, er så akutt at tiltak må iverksettes straks.

Nemndene går i liten grad inn på dette i mine vedtak, utover det som sies i vurderingen av om fysisk eller psykisk helsefare foreligger. Dette gir inntrykk av at tvangsretensjon helst begjæres i akutte situasjoner, og mange av vedtakene er også godkjenning av midlertidige vedtak (tidligere «akuttvedtak»).

6.4.2.3 Har tidligere frivillige tilbud vært helhetlige?

For det fjerde må ulike hjelpetiltak koordineres og sees i sammenheng slik at det tas utgangspunkt i et helhetlig frivillig hjelpetiltak som hindrer tilbakefall.²¹⁰ Hvis privat part har flere forsøk på frivillige tiltak bak seg, må nemnda vurdere om de har mislyktes på grunn av at privat part har gitt opp for lett, eller om tilbudet har vært for dårlig. Dersom tilbudet har vært for dårlig, burde det tale for at den rusmiddelavhengige får en ny sjanse til å gjennomføre et helhetlig frivillig tiltak.

Tidligere frivillige tiltak fremstilles i en sak som relativt helhetlige,²¹¹ uten å ha ført frem. I kommunens anførsler ble nevnt hjelpetiltak som rusbehandling og hjelp til å strukturere livet, og nemnda utdypet:

«Dette gjelder både forsøk på behandling i institusjon/poliklinisk for rusmisbruket, og forsøk med tett oppfølging fra miljøterapeuter, bolig med bemanning, støtte-kontakter med videre».²¹²

Kvaliteten på tidligere frivillige tilbud fra kommunen kommenteres sjelden, og det er heller ikke gitt at alle tidligere tilbud fremkommer. Inntrykket fra kommunens saksfremstilling er

²¹⁰ Søvig (2007) side 295

²¹¹ Fylkesnemnda OA 2.4.2012

²¹² Fylkesnemnda OA 2.4.2012 side 3

at kommunen har gått langt i å tilby flere ulike hjelpetiltak, men at tiltakene mislyktes fordi privat part ikke har klart å nyttiggjøre seg dem. Kommunen kritiseres derimot av noen for ikke å ha gitt gode nok tilbud tidligere.

En privat part²¹³ mener hjelpetiltakene hittil ikke har blitt forsøkt på rett måte. Hans behov for allianser og tillit ble ikke tatt i betraktning i utformingen av hjelpetiltakene. Nemnda kommenterte ikke dette. I en annen sak etterlyste privat part andre hjelpetiltak enn innleggelse, og foreslo egen bolig som start.²¹⁴ Nemnda vedtar tvangsretensjon, men presiserer at det ville være

«en forutsetning for et vellykket behandlingsforløp at A sikres en trygg bolig i god avstand fra rusmisbrukermiljøet i kommunen etter endt behandling.»

Nemnda ser ut til å ta kravet om helhetlig tilbud seriøst, selv om det blir i forbindelse med tvangen. Om tiltakene ikke har vært helhetlige tidligere, så gjøres et forsøk på helhet nå.

6.4.2.4 Motivert for frivillige tiltak?

For det femte er den enkeltes motivasjon så viktig at deres preferanser til en viss grad bør tas hensyn til.²¹⁵ Ofte hevder privat part at han/hun nå ønsker et frivillig tiltak, slik at tvang ikke kan benyttes. Dette fremstår i de fleste tilfeller som utslag av desperasjon for å avskjære et tvangsvedtak,²¹⁶ ettersom de fleste har en historie med gjentatte ganger å skrive seg ut av frivillige tiltak før behandling har kommet i gang. I et av vedtakene begrunnet også privat part ønsket om frivillig tiltak med muligheten for å kunne skrive seg ut etter tre uker.²¹⁷

²¹³ FNV-2009-92-MRO

²¹⁴ FNV-2009-22-AGD

²¹⁵ NOU 1985:18 side 232, Søvig (2007) side 295-296

²¹⁶ Søvig (2007) side 296

²¹⁷ Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 14.11.2012 side 6

Ingen av vedtakene tyder på at nemnda tillegger slike utsagn stor vekt. På bakgrunn av historien konstateres at gjennomføring av frivillige tiltak ikke kan forventes.

6.4.2.5 Aldri tvang fordi frivillige tiltak ikke finnes

For det sjette kan ikke tvang utløses av at frivillige tiltak ikke er tilstrekkelig utprøvd, dersom dette skyldes at adekvat frivillig hjelpetilbud mangler.²¹⁸ En slik situasjon ville innebære en forandring av loven og fjerne enhver realitet bak minste inngreps prinsipp.

Denne problemstillingen kommer ikke til uttrykk i noen av vedtakene jeg har analysert.

6.4.3 Vurdering av fylkesnemndas tilnærming til minste inngreps prinsipp

Alle i mine vedtak har bakgrunn i frivillige hjelpetiltak, og frivillige tiltak som ikke gjennomføres brukes aktivt som moment i vurderingen av om frivillighet er egnet for privat part slik at skadereduksjon kan forventes. Ettersom muligheten for at frivillige tiltak kan settes inn i tide sjelden er tema, får man inntrykk av at tvang først begjæres i alvorlige saker. Manglende helhet ved tidligere frivillige tiltak ser ikke ut til å resultere i ny sjanse med frivillighet, men søkes heller reparert ved en helhetlig tilnærming til gjennomføring av tvangen. Kanskje henger dette sammen med at behovet for tiltak anses akutt. Nemnda har liten grunn til å vektlegge anført ønske om frivillighet for å avskjære tvangstiltak.

6.5 Tvangens formål

Tilbakeholdelse etter hol. § 10-2(1) kan foretas «for undersøkelse og tilrettelegging av behandling». Formålet med tvangen er altså ikke behandling i seg selv, men å undersøke den tvungnes helse for å tilrettelegge for videre frivillig behandling etter tvangstiden.

²¹⁸ Søvig (2007) side 297

Tvangens formål kan også leses ut av bestemmelsens tredje ledd, som knytter seg til gjennomføringsstadiet av tvangstiltaket. Institusjonen må være faglig og materielt i stand til å tilby den rusavhengige den hjelp som formålet med tilbakeholdet tilsier.²¹⁹ I dette inngår et krav om at metodene som tas i bruk er alminnelig anerkjent i fagmiljøet, og at personellet som utfører dem sitter på tilstrekkelig faglig kompetanse.²²⁰ Institusjonen må m.a.o. kunne tilby et tilfredsstillende program for individuell oppfølging slik at den rusavhengige i beste fall kan bli rusfri, eller i det minste få et betydelig mindre rusproblem med permanent bedret funksjonsnivå.²²¹

6.5.1 Undersøkelse og tilrettelegging

I prosessen med å undersøke og tilrettelegge for videre behandling, ligger også et element av motivasjon.²²² Det er ønskelig at den rusmiddelavhengige skal lykkes i rehabiliteringen, og ettersom svært få avrusninger leder til rehabilitering,²²³ er det viktig at anledningen brukes godt. Flere private parter hevder undersøkelse og tilrettelegging vil være nytteløst, ettersom de allikevel ikke vil gå over på frivillig behandling etter tre måneder.

Kun i to av sakene jeg har analysert tar nemnda stilling til hvorvidt undersøkelse og tilrettelegging lar seg gjøre i løpet av tre måneder.²²⁴ Begge sakene dreier seg om langvarig misbruk av hovedsakelig alkohol. Nemnda henviste i begge tilfelle til rushistorien, og uttalte at tre måneder kanskje var for kort tid til å gjøre nødvendige undersøkelser og tilrettelegging. Men at tre måneder tilbakehold likevel var det eneste tilgjengelige alternativ overfor rusmiddelavhengige som ikke ønsket eller maktet frivillig behandling.

²¹⁹ NOU 1985:18 side 233

²²⁰ Befring (2007) side 132

²²¹ *Tvang overfor rusmiddelavhengige* side 276, Søvig (2007) side 313

²²² NOU 1985:18 side 21

²²³ Færre enn én prosent, jfr. Fekjær (2009) side 283

²²⁴ FNV-2008-742-OSL, FNV-2012-206-TRO

At nemndene tar dette utgangspunkt i noen av alkoholsakene, kan skyldes Sosiallovutvalgets antydning om at eldre alkoholavhengige er vanskeligere å behandle enn for eksempel unge stoffmisbrukere.²²⁵ Hvorvidt dette er sant er vanskelig å si noe om, men både det at «gammel vane er vond å vende», og at alkoholproblemer fra samfunnets side kanskje ikke anses like alvorlige som stoffavhengighet, kan tale for. Samtidig kan man nok finne eksempler på mennesker som klarer seg relativt greit gjennom et liv med misbruk av alkohol eller narkotiske stoffer.

I ett tilfelle ser nemnda noe hen til privat parts mangel på innledende behandlingsønske²²⁶. I løpet av 27 års misbruk og 13 år på metadon hadde kvinnen «hatt en fast og konsis holdning til at hun ikke er interessert i frivillig behandling og derfor ikke har oppsøkt helsetjenester i forhold til sine psykiske plager annet enn at hun får fast metadon».²²⁷ Metadonbehandlingen hadde mål om skadereduksjon, ikke rusfrihet, og nemnda vedtok ikke tvang.

6.5.2 Faglig og materiell kompetanse

For å ha håp om å oppnå en langvarig frivillig behandling som fører til rehabilitering, må man kunne stille krav til opplegget som tilbys i den tiden tvangsvedtaket gjelder. Fylkesnemndene er flinke til å presisere at dette er sosialtjenestens vurdering – etter hol. § 10-2 tredje ledd kan fylkesnemndas vedtak kun settes i verk dersom institusjonen har tilstrekkelig tilfredsstillende kompetanse. Man bør kunne anta at kommunen ikke fremmer behandlingssteder som ikke har kompetansen, ettersom det ville gjøre nemndsbehandlingen bortkastet. Det forekommer likevel at privat part anfører mangler ved tilbudet.

²²⁵ NOU 1985:18 side 232

²²⁶ FNV-2012-1269-OSL

²²⁷ Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 8.10.2012 side 9

Ved ett tilfelle hadde ikke kommunen på tidspunkt for godkjenning av midlertidig vedtak, funnet et endelig tilbud etter pågående avrusning.²²⁸ Avrusningsinstitusjonen var også mest tilpasset tvangsbehandling av psykiatriske pasienter, og derfor uegnet for motivering og eventuell behandling etter innledende avrusning. Fylkesnemnda uttalte at den dermed hadde vært «alvorlig bekymret og i tvil om det var grunnlag for å fatte vedtak i saken».²²⁹ Det ble videre opplyst at kommunen etter forhandlingsmøtet muntlig informerte nemnda om at plass ved tilfredsstillende institusjon var kommet i orden. Tvangsvedtak ble fattet 19 dager etter akuttvedtaket, og nemnda uttalte at avrusning normalt ikke vedvarte utover 1-3 uker.

I en annen sak som også bygget på akuttvedtak, hadde sykehusplasseringen vart i en måned på tidspunkt for forhandlingsmøtet, uten at utredning var gjennomført.²³⁰ Anførslene viser at privat part overhodet ikke var interessert i eller motivert for verken hjelpetiltak eller endret rusmønster, slik at psykologen var henvist til å foreta observasjoner. Nemnda var av denne grunn i tvil om hensiktsmessigheten av tvang, men la «avgjørende vekt på at det er nødvendig med en videre utredning av ... for å kunne sette inn adekvate hjelpetiltak».²³¹ Bakgrunnen for dette var spørsmålet om privat part led av psykisk utviklingshemming. Nemnda gikk ikke videre inn på den manglende utredningen.

Det finnes også eksempler på klager om at pågående eller tidligere opplegg ikke har hjulpet, men blir beskrevet som kjedelig og passiviserende,²³² slik at motiveringen sterkt forvanskes. Her skal det nevnes at eventuell behandling under oppholdet må skje på frivillig basis. Dette betyr at dersom privat part ikke samtykker til behandling, kan det være vanskelig til enhver tid å aktivisere vedkommende, selv om det sikkert er det optimale for videre

²²⁸ Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 14.11.2012 side 5

²²⁹ Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 14.11.2012 side 7

²³⁰ FNV-2008-742-OSL

²³¹ FNV-2008-742-OSL

²³² FNV-2008-128-AGD, Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 6.6.2012 side 4, Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 2.10.2012 side 5

deltakelse. Fylkesnemnda tar ikke stilling til partenes ønsker om å få bruke PC og Playstation under oppholdet, da dette ikke er deres avgjørelse.

6.5.3 Vurdering av fylkesnemndas tilnærming til tvangens formål

Fylkesnemndene er nøye med å presisere at tvangsretensjonen skal gjennomføres ved kompetent institusjon, for å undersøke og tilrettelegge for videre behandling på frivillig basis. Men dette gjøres veldig summarisk og i de samme ordelag i alle vedtakene. Det ser ut til å være svært innarbeidet at dette skal være formålet med tvangen, samt foreligge en selvfølgelig forventning til at det oppnås.

Nemnda ser sjelden ut til å ta stilling til privat parts tro på tvangsretensjon som motivasjon til videre behandling. Kanskje ses argumentet som utslag av desperasjon i møtet med et potensielt tvangsvedtak, sett sammen med at privat part ikke tilskrives faktisk mulighet eller kompetanse til å ta stilling til sin fremtid før avrusningen. Saken hvor privat part konsekvent hadde avvist alle offentlige hjelpetilbud skiller seg ut ved at privat part ofte kan oppfattes som ambivalent i forhold til behandlingsønske. Stort sett antas tre måneder å være tilstrekkelig tid for motivasjon til frivillig behandling.

Videre ses eksempler på at kommunen og institusjonene gis noe slingringsmonn i forbindelse med forventningene til opplegget. Slingringsmonn som ikke har blitt de private parter til del, ettersom deres ufullførte frivillige tiltak på sikt har ført til tvang. For det første ved at midlertidig vedtak i en sak ble godkjent etter 19 dager i mulig uegnet institusjon, uten at spørsmålet om hvorvidt privat part i praksis først hadde vært stuert bort på psykiatrisk avdeling i halvannen uke, ble tatt opp.

For det andre ved at sykehuset i en annen sak fikk fornyet tillit selv om undersøkelsen etter en måned ennå ikke var gjennomført, dog antakelig på grunn av forhold på privat parts side. Her kan det se ut til at de spesielle behov for utredning som meldte seg, sett sammen med vanskelighetene rundt gjennomføringen av den, innvirket på nemndas vedtak.

Bestemmelsens formål tilsier at kommunen må settes i en behandlingssituasjon overfor mennesker med helseskadelig rusmisbruk om det kan hjelpe, men tvangens formål stiller krav til gjennomføringen. Nemnda ser ut til å ha satt bestemmelsens overordnede formål over tvangens formål i disse tilfeller, ettersom et godt resultat til tross for forsinkelsene fortsatt var mulig innen tvangstiden.

6.6 Den skjønnsmessige helhetsvurderingen

Det siste og kanskje viktigste materielle vilkåret for etablering av tvang knytter seg til hjelpeverbet «kan».²³³ Sosiallovutvalget presiserte at tvangsvedtak overfor rusmiddelavhengig skulle begrenses til *adgang* til tilbakeholdelse, mens det måtte være opp til kommunen om vedtaket skulle settes i verk, og også om det skulle avsluttes før tiden:

«Ytterligere er det grunn til å fremheve at § 7-2 [§ 6-2] bare gir en mulighet til å anvende tvang. Om bestemmelsen bør brukes, avhenger av de konkrete omstendigheter.»²³⁴

Det er altså ingen automatikk mellom de fem første vilkårene og etablering av tvang – nemnda har ingen plikt til å treffe tvangsvedtak selv om de øvrige vilkårene er oppfylt.²³⁵ Til slutt må nemnda foreta en skjønnsmessig helhetsvurdering hvor også andre momenter enn de som fanges opp av de materielle vilkår inntas.²³⁶

Den skjønnsmessige helhetsvurderingen er på vedtakstidspunkt den siste skranken mot urettmessige tvangsinngrep overfor mennesker med rusmiddelavhengighet. Essensen er at tvangen, fordi den er et vesentlig inngrep overfor den rusavhengige, må fremstå som rimelig og hensiktsmessig. Nyten man kan forvente av tvangen må overgå belastningen tvangs-

²³³ Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 første ledd, første punktum

²³⁴ NOU 1985:18 side 233

²³⁵ Sjøvig (2007) side 302

²³⁶ *ibid.* side 302

tiltaket medfører for at tvang skal være forholdsmessig. For å kunne fremme sak om tvang-sinnleggelse må kommunen med andre ord ha holdepunkter for å anta at tvang vil gagne den rusavhengige, og for å treffe tvangsvedtak må Fylkesnemnda komme til det samme.

Momentene nedenfor er hentet fra Søvigs fremstilling om tvang overfor rusmiddelavhengige,²³⁷ og de har også blitt brukt i et av vedtakene jeg har analysert.²³⁸

Kun to av vedtakene ledet ikke til tvang. Men ettersom helhetsvurderingene generelt er veldig summariske, også vedtaket som viser til disse momentene, er disse mest interessant.

6.6.1 Skadens alvorlighet

Tvang er kun aktuelt for å hindre skade, jfr. farekriteriet. Pga. inngrepets alvorlighet, må det derfor finnes en slags nedre grense for hvilke skader som kan utløse tvang. I dette ligger et krav om forholdsmessighet. Ifølge Bernt må det foreligge fare for umiddelbare skadevirkninger når det veies mot retten til å velge en helseskadelig livsstil: skadevirkningene må være i ferd med å materialisere seg.²³⁹

I saken hvor privat part hadde brukt metadon i 13 år, viste fastlegens uttalelse at kvinnen stort sett var frisk, selv om rusutløst psykose kunne ha forekommet tidligere²⁴⁰. Og for barnet fant ikke nemnda tilstrekkelig godtgjort hvilken spesiell risiko som forelå i forhold til andre rusmisbrukere.²⁴¹ Terskelen for tvang ble altså ikke nådd i noen av disse sakene.

²³⁷ Søvig (2007) side 312-317

²³⁸ FNV-2012-213-MRO

²³⁹ Bernt (2000) side 240

²⁴⁰ Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 8.10.2012 side 9

²⁴¹ FNV-2008-130-AGD

Dette vitner om at helseskadene må være noe mer enn enkeltstående rusutløste psykoser, betente operasjonssår, og tynn og skitten fremtoning. Disse tilstandene er nok ikke det man kaller akutte farer, slik som overdosefaren som erfaringsvis foreligger i mange andre saker.

6.6.2 Sannsynligheten for skadens inntreden - prognosen

Tvangstiltaket er bare forholdsmessig om det er en reell fare for at skaden kan inntreffe. Nemndas vurdering blir her en prognose om fremtiden, som det er knyttet usikkerhet til.²⁴²

I saken mot voksen som ikke ledet til tvang, endret ikke mulige rusutløste psykoser nemndas syn på at farekriteriet ikke var oppfylt, ettersom det ikke fantes opplysninger om «særskilte episoder hvor (...) har utsatt sin helse for fare, som eksempelvis fare for overdose, suicid eller lignende».

I en sak har privat part ved flere anledninger fått infeksjoner med gule stafylokokker på hjerteklaffen som følge av injisering.²⁴³ Ved fortsatt injisering anslo legen 50 % sjanse for ny infeksjon hvor klaffen kunne løsne (med mulig dødelig utfall) innen et år. Etter et år ville risikoen øke ytterligere. Nemnda legger i et annet vedtak til grunn et rusmisbruk med stabile perioder avløst av intense, beskrevet som ekstremt farlig med tanke på overdoser, og ekstra belastende for kroppen.²⁴⁴ Et siste vedtak dreier seg om alkoholmisbruk, og nemnda viser til legens uttalelse:

«(...) unge alder og omfanget av dagens misbruk tilsier at (...) med overveiende sannsynlighet i ung alder vil utvikle leverrelatert komplikasjon av sitt alkoholmisbruk samt at (...) har stor risiko for varig kognitiv skade.»²⁴⁵

²⁴² Søvig (2007) side 234

²⁴³ Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 7.11.2012 side 6

²⁴⁴ Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 14.11.2012 side 6

²⁴⁵ Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 4.8.2010 side 5

Fylkesnemndene ser i disse sakene etter holdepunkter for at rusmisbruket skal føre til konkrete helseskader. I den første saken har privat partifølge legen klart seg uten særlige skader i minst 13 år, slik at nemnda ikke finner slike holdepunkter. Også i de andre sakene lener nemnda seg på legeuttalelser om skaderisikoen. Den finner i det ene tilfellet at tvangsretensjon er forholdsmessig ved 50 % sjanse for rusrelatert, potensielt dødelig, skade ila. ett år. Og i den siste saken nås forholdsmessighet ved overveiende sannsynlighet for varig kognitiv skade og leverrelatert komplikasjon i ung alder. I saken med sterkt varierende misbruksomfang ble overdosefaren omtalt som «ekstrem», og privat part har i tillegg hatt flere overdoser, senest en måned før akuttvedtak. Her synes overdosefaren nærliggende, i tillegg til legens beskrivelse av sterke fysiske belastninger, slik at tvang også i denne saken finnes forholdsmessig.

Eksemplene gir ikke grunnlag for å si noe konkret om hvor inngrepsterskelen generelt ligger. Men vi ser altså variasjoner fra sannsynlig dødsfall, via overveiende sannsynlig varig organskade, til ekstrem risiko for overdose. Risikoen for dødsfall ser ut ifra eksemplene til å være noe lavere enn risikoen for varig organskade, hvilket er ganske rimelig ettersom dødsfall er en mer alvorlig konsekvens. Risikoen for overdose er her ekstrem, hvilket kan ha tilknytning til at overdoser ikke nødvendigvis er dødelige. Fellestrekket i alle sakene, ikke bare disse tre, er at nemnda ikke gjør prognosen bare ut ifra egne vurderinger, men spesifikt legger fagpersoners vurdering til grunn.

6.6.3 Sannsynligheten for at vedkommende blir rusfri eller vil få et markant redusert rusmiddelforbruk etter oppholdet

En avrusning og to-tre måneders avhold vil på kort sikt hindre helsefare. Vurderingen må her knytte seg til muligheten for varig resultat, også hensett til den økte faren for overdose ved tvangstidens slutt. Dette går på tvangsretensjonens hensiktsmessighet. I sosiallovutvalgets ord:

«Det vil ikke være grunn til å bruke bestemmelsen med mindre det er grunn til å tro at tiltaket kan være innledningen til en mer langvarig behandling. Har man forsøkt flere ganger tidligere uten å lykkes, kan det være grunn til ikke å forsøke på

nytt. Men også andre momenter kan ha betydning. Antagelig vil man ha større forutsetninger for å lykkes når det gjelder de noe yngre misbrukerne.»²⁴⁶

Saken mot voksen part som ikke ledet til tvang, bygger på den rusmiddelavhengiges egen holdning til LAR som forsøk på skadereduksjon og ikke rusfrihet, og en konsekvent avvisende holdning til offentlig hjelp. På denne bakgrunn finner ikke nemnda grunn til å tro at tvangstiltaket kan være innledningen til en mer langvarig behandling.

I de andre vedtakene har privat part forsøk på avrusning og/eller behandling bak seg. I ett tilfelle hadde privat part ved to tidligere anledninger vært tvangsplassert, men nemnda mente det «hensett til (...) situasjon er tilstrekkelig grunnlag for å forsøke tvangsplassering nok en gang».²⁴⁷ Nemnda så fortsatt mulighet for å bygge opp vedkommende og motivere til videre behandling. I en alkoholsak antok nemnda at «den roen som nå legges over situasjonen vil kunne bidra til at man ikke kan utelukke motivasjon slik at (...) senere vil kunne samtykke i videre behandling».²⁴⁸ Sammenlignet med resten av sakene, er dette en veldig forsiktig formulering om mulighetene for varig resultat, og kan bunne i at motivasjonen for rusfrihet helt mangler.

Nemndene ser altså helst gjentatte frivillige forsøk som tegn på ambivalens til det å bli rusfri, som kan overvinnes etter avrusning og motivasjon. Dette trenger ikke bety at de ser bort ifra sosiallovutvalgets uttalelse. Det kan rett og slett skyldes at grensen for hvor mange tidligere frivillige tiltak som gjør tvang med sikte på langvarig behandling uhensiktsmessig, ikke anses nådd.

²⁴⁶ NOU 1985:18 side 233

²⁴⁷ Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 1.11.2011 side 5

²⁴⁸ FNV-2008-742-OSL

6.6.4 Varigheten av institusjonsoppholdet og behovet for rask inngripen

Hvor inngripende tvangen synes i forhold til om man på et senere tidspunkt kan oppnå samme resultat ved frivillige tiltak, er foruten et spørsmål om tiltakets nødvendighet, enda en forholdsmessighetsbetraktning.²⁴⁹ Alle vedtakene jeg har analysert gir mulighet for inn- til tre måneders tilbakeholdelse, som er lovens maksimaltid, og er i denne forstand alltid maksimalt inngripende. I alkoholsakene uttaler nemnda at tre måneder kan synes kort i det gitte tilfellet, ellers er det lite snakk om lengde, og det er ikke snakk om å kutte i lengden.

I den mye omtalte saken mot voksen part som ikke endte i tvang, står parten foran et 45 dager langt fengselsopphold. Dette spiller nok også inn på resultatet ved at oppholdet vil innebære en kontrollert avrusning og gi mulighet til å ta et ordentlig standpunkt til fremtiden. Når avrusningsmulighet foreligger – i motsetning til helsefare – melder ikke egentlig behovet for rask inngripen seg. Heller ikke i saken mot barnet foreligger en akuttsituasjon som gir behov for rask inngripen.

Nemnda går ikke alltid nøye inn på forholdsmessigheten av tvangstiltaket. Isteden henvises til den rusmiddelavhengiges vanskelige dagligliv som bevis for at et tvangsopphold ikke vil være uforholdsmessig.

6.6.5 Forholdene på institusjonen

Nemnda kan fastsette ved hvilken institusjon tvangsretensjonen skal gjennomføres,²⁵⁰ men i de fleste tilfelle står kommunen fritt i dette valget, forutsatt at institusjonen er faglig og materielt kompetent.²⁵¹

²⁴⁹ Sjøvig (2007) side 314

²⁵⁰ Ot.prp.nr.78 (1997-1998) side 12

²⁵¹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2(3)

Kun i én sak har jeg sett nemnda ta stilling til hvilken institusjon som er hensiktsmessig for privat part.²⁵² Kvinnen uttalte selv at en institusjon H. ikke var et alternativ, ettersom det fløt av rusmidler der, mens ved institusjon M. arbeidet en psykolog hun omsider hadde begynt å åpne seg for. Nemnda mente det ville ha «største betydning» at kvinnen fikk plass på denne andre institusjonen, ettersom muligheten for samarbeid ellers syntes svært liten. Likevel ser nemnda ut til å ha gitt kommunen den endelige beslutningskompetansen i dette spørsmålet, idet den uttalte at kommunen måtte «vurdere nøye hensiktsmessigheten ved tvungen plassering, dersom andre institusjoner enn M. blir foreslått». I en annen sak ønsket privat part institusjon med psykiater for å oppnå tillit, noe foreslått institusjon ikke hadde.²⁵³ Her henviste nemnda bare til at kommunen måtte vurdere institusjonens kompetanse.

Grunnen til at nemnda stort sett overlater til kommunen å avgjøre plassering, er nok at privat part ikke har noen klare preferanser i dette spørsmålet, og at kommunen forventes å ha god kunnskap både om privat parts behov og de ulike institusjonene.

6.6.6 Individuelle forhold

I motsetning til de andre momentene i helhetsvurderingen, er ikke denne vurderingen utslag av formålet om skadereduksjon, slik at individuelle forhold ikke må prioriteres for tungt²⁵⁴.

Jeg har knapt funnet vurderinger som ikke i en eller annen form er relatert til formålet om skadereduksjon. Ett unntak er saken hvor privat part ennå ikke hadde blitt utredet etter en måned på tvang, og nemnda likevel godtok dette på grunn av det store utredningsbehovet som forelå i saken²⁵⁵.

²⁵² FNV-2012-113-HSF

²⁵³ FNV-2009-92-MRO

²⁵⁴ Søvig (2007) side 316-317

²⁵⁵ FNV-2008-742-OSL

Det at bare én av sakene jeg har analysert inneholder individuelle vurderinger, kan tyde på at nemnda er restriktiv i å trekke inn slike momenter.

6.6.7 Vurdering av fylkesnemndas tilnærming til den skjønnsmessige helhetsvurderingen

Hele nemndas helhetsvurdering fremkommer sjelden i vedtaket, men en formulering om tvangstiltakets forholdsmessighet, hensiktsmessighet eller nødvendighet fremkommer alltid i tilknytning til beslutningen.

Vedtakene gir inntrykk av at nemnda tar utgangspunkt i mer umiddelbare skader som overdoser og konkrete organskader, og at risikoen for deres inntreden generelt oppfattes som stor, uten at det er mulig å utlede noe konkret om prognoseterskelen. Vurderingen av tvangens hensiktsmessighet kommer helst frem som en sterk tro på tiltakets motiverende effekt. For vurderingene av skadens alvorlighet, prognosen og hensiktsmessigheten, synes jeg fremstillingen kunne vært mer ryddig og inngående. Men det at vurderingene synes knappe i vedtakets skriftlige form, trenger ikke bety at selve vurderingen er mangelfull.

Nemnda uttaler i en del tilfeller noe i retning av at tre måneders tvangsplassering ikke er uforholdsmessig «sett i forhold til livet vedkommende nå lever.» Jeg er litt usikker på om det på prinsipielt grunnlag er riktig å innta den holdning at en rusmiddelavhengigs liv er så forferdelig at et omfattende og integritetskrenkende tvangstiltak uten videre er bedre for personen. Spesielt i de sakene privat part insisterer på at misbruket ikke er så omfattende eller farlig som kommunen mener, og viser til gode og mer eller mindre troverdige grunner for å ønske en siste sjanse til frivillighet. Dette kan gi et inntrykk av at privat part ikke høres, og tydeliggjøre ulikhetene mellom nemnda og den rusmiddelavhengige på vedtakstidspunkt. Men det skal ikke utelukkes at forhandlingen gir et mer nyansert inntrykk av situasjonen enn vedtakene alene kan gi leseren.

Forholdene på institusjonen påberopes i begrenset grad, men nemnda ser ut til å ta privat parts ønsker til etterretning. Individuelle forhold uten tilknytning til skadereduksjonsformålet, ser derimot ikke ut til å være et tema.

7 Avsluttende vurderinger

Tvang er et omfattende inngrep i den rusmiddelavhengiges liv. Legalitetsprinsippet krever derfor en klar, lovfestet tvangshjemmel.

Kritikken av hol. § 10-2(1) har for det første vært manglende formålsbestemmelse, slik at for å finne formålet må en nærlese lovens ordlyd og tidligere lovs forarbeider. Det er heller ikke umiddelbart klart hva som ligger i hvert av vilkårene, og innenfor hvert vilkår ligger igjen flere, ofte vanskelige, vurderinger. En av disse vurderingene, av helserisikoen, har blitt kritisert for ikke å være av kvalifisert art, og slik senke terskelen for tvangsinngrep. Jeg har også erfart at nemndas vurderinger ikke alltid kommer klart frem i bemerkningene.

Nemndas vurderinger i tilknytning til de ulike vilkårene gir inntrykk av at de er opptatt av å gjennomføre lovens formål om å hindre skade. De virker relativt konsekvente i fremgangsmåten, og viser i mange av vedtakene til forarbeidene for å fastlegge rammene for de enkelte vilkårene. Dette tyder på at loven er godt forstått av dem som i størst utstrekning anvender den. Videre er nemndene nøye med å vurdere det vanskelige farekriteriet og prognosen på bakgrunn av dokumentasjon fra leger, psykologer og kommunen. Jeg synes dette vitner om respekt for at et alvorlig tvangsinngrep som tvangsretensjon krever en rimelig høy inngrepsterskel. Årsakssammenhengen fremstår oftest åpenbar, men drøftes inngående hvor dette ikke er tilfelle, så også misbrukskriteriet. Minste inngreps prinsipp ivaretas på bakgrunn av en tolkning av ufullførte frivillige tiltak som ambivalens til rusfrihet. Tvangens formål konstateres og forventes, og i noen tilfelle gis behandlingsapparatet tilsynelatende noe slingsmonn, antakelig av hensyn til bestemmelsens formål. Helhetsvurderingen foretas i alle saker, men fremstår ofte som noe knapp.

Hjemmelen for tvangsretensjon av rusmiddelavhengige kan synes noe uklar på bakgrunn av ordlyd, manglende formålsbestemmelse og tilsynelatende lav inngrepsterskel. Likevel har jeg etter en gjennomgang av tvangshjemmel og fylkesnemndspraksis, ingen klare holdpunkter for at de rusmiddelsavhengiges rettssikkerhet på vedtakstidspunkt står i fare. Om vurderingene ikke alltid kommer klart frem i nemndas bemerkninger, betyr ikke det at vurderingene i seg selv er mangelfulle.

8 Kilder

8.1 Lover

- 1814 Kongeriget Norges Grundlov, given i Rigsforsamlingen paa Eidsvold den 17de Mai 1814 (grunnloven)
- 1915 Lov om domstolene (domstolloven) av 13. august 1915 nr.5
- 1918 Lov om avslutning av avtaler, om fuldmagt og om ugyldige viljeserklæringer (avtaleloven) av 31.5.1918 nr. 14
- 1932 Lov om edruskapsvern (edruskapsloven) av 26. februar 1932 nr. 1
- 1967 Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) av 10. februar 1967
- 1982 Lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven) av 19. november 1982 nr. 66
- 1991 Lov om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven) av 13. desember 1991 nr. 81
- 1992 Lov om legemidler m.v. (legemiddeloven) av 4. desember 1992 nr. 132
- 1998 Lov om endringer i lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (endringslov til sosialtjenesteloven) av 18. desember 1998 nr. 87
- 1999 Lov om Spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesten) av 2. juli 1999 nr. 61
- 2003 Lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (endringslov til sosialtjenesteloven m.v.) av 28. februar 2003 nr. 14
- 2003 Lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (endringslov til sosialtjenesteloven) av 28. november 2003 nr. 99
- 2005 Lov om mekling og rettergang i sivile tvister (tvisteloven) av 17. juni. 2005 nr. 90
- 2006 Lov om endringer i barnevernloven og sosialtjenesteloven mv. (saksbehandlingsregler for fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker mv.) (endringslov til barnevernl. og sosialtjenestel.) av 1. desember 2006 nr. 65

2011 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) av 24. juni 2011 nr. 30

8.2 Forskrifter

1978 Forskrift om narkotika m.v. (Narkotikalistene) av 30. juni 1978 nr. 8 med senere endringer

1992 Forskrift til lov om sosiale tjenester m.v. (forskrift til sosialtjenesteloven) 4.desember1992 nr. 915

2007 Delvis ikrafttredelse av lov 1. desember 2006 nr. 65 om endringer i barnevernloven og sosialtjenesteloven mv. (saksbehandlingsregler for fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker mv.) av 30. november 2007 nr. 1348

2009 Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften) av 18. desember 2009 nr. 1641

8.3 Forarbeider

NOU 1985:18	<i>Lov om sosiale tjenester m.v.</i>
NOU 2005:9	<i>Ressursbruk og rettssikkerhet i fylkesnemndene for sosiale saker</i>
Ot.prp.nr.29 (1990-1991)	<i>Sosiale tjenester m.v. (sosialloven)</i>
Ot.prp.nr.78 (1997-1998)	<i>Om lov om endringer i lov om sosiale tjenester mv.</i>
Ot.prp.nr.76 (2005-2006)	<i>(endringslov) Barnevernloven og sosialtjenesteloven mv. (saksbehandlingsregler for fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker mv.)</i>
Prop.91 L (2010-2011)	<i>Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)</i>
Prop.43 L (2011-2012)	<i>Endringer i barnevernloven</i>

Innst.O.nr.9 (1991-1992)	<i>Innstilling fra sosialkomiteen om lov om sosiale tjenester mv. (sosialloven).</i>
Innst.424 L (2010-2011)	<i>Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.</i>
Lovvedtak 63 (2010-2011)	<i>Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.</i>

8.4 Fylkesnemndspraksis

Vedtak merket * refereres ikke i teksten, men er del av bakteppet for analysen

8.4.1 Publiserte vedtak

FNV-2008-128-AGD
 FNV-2008-130-AGD
 FNV-2008-235-BUS
 FNV-2008-742-OSL
 FNV-2009-22-AGD
 FNV-2009-32-AGD
 FNV-2009-92-MRO
 FNV-2010-129-AGD
 FNV-2010-267-AGD
 FNV-2011-147-AGD
 FNV-2012-37-HSF
 FNV-2012-113-HSF
 FNV-2012-206-TRO
 FNV-2012-213-MRO
 FNV-2012-316-HSF
 FNV-2012-347-HSF*

8.4.2 Upubliserte vedtak

Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 13.3.2008
Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 4.8.2010
Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 2.5.2011
Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 11.5.2011
Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 1.11.2011
Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 14.11.2011*
Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 10.1.2012
Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 23.1.2012*
Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 2.4.2012
Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 2.5.2012
Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 15.5.2012*
Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 6.6.2012
Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 8.10.2012
Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 2.10.2012
Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 7.11.2012
Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 14.11.2012
Fylkesnemnda Oslo og Akershus vedtak av 11.3.2013

8.5 Rundskriv

Rundskriv I-1/93

Lov om sosiale tjenester

8.6 Litteratur

8.6.1 Bøker

Andenæs, Kristian. *Sosialloven. I: Sosialrett.* Kristian Andenæs og Leif Oscar Olsen (red.)
6. utg. Oslo, 2003, s. 201-267

Befring, Anne Kjersti C. *Jus i helse- og sosialtjenesten.* Oslo, 2007

Bernt, Jan Fridthjof. *Tvangsbruk i sosialtjenesten*. I: Sosial trygghet og rettssikkerhet – under sosialtjenesteloven og barneverntjenesten. Asbjørn Kjønstad... [et.al.]. 2. utg. Bergen, 2000, s. 227-302.

Eckhoff, Torstein. *Rettskildelære*. 5. utg ved Jan E. Helgensen. Oslo, 2001.

Fekjær, Hans Olav. *Rus*. 3. utg. Oslo, 2009

Kjønstad, Asbjørn og Aslak Syse. *Velferdsrett I*. 5. utg. Oslo, 2012

Kringlen, Einar. *Psykiatri*. 10. utg. Oslo, 2011

Nilssen, Even. *Tvangens forvaltning*. Bergen, 1999

Syse, Aslak. *Samtykkekompetanse, integritetsvern og tvangsbruk*. I: Velferdsrett II. Barnevern- og sosialrett. Asbjørn Kjønstad og Aslak Syse (red.). 4. utg. Oslo, 2012, s. 277-322.

Søvig, Karl Harald. *Tvang overfor rusmiddelavhengige*. Bergen, 2007

Thune, Gro Hillestad og Ane Stavrum. *Menneskerettighetene i helse- og omsorgssektoren og NAV*. Oslo, 2012

Tjersland, Odd Arne, Ulf Jansen og Gunnar Engen *Våge å leve*. Oslo, 1998

Tvang overfor rusmiddelavhengige. Lundeberg, Ingrid Rindal ... [et al.] Bergen, 2010

Aasen, Henriette Sinding. *Pasientens rett til selvbestemmelse ved medisinsk behandling*. Bergen, 2000

8.6.2 Nettdokument

SIRUS rapport nr. 4/2003. *Hvilken nytte, for hvem, og til hvilken kostnad?*
http://www.sirus.no/filestore/Import_vedlegg/sirusrap.4.03.pdf [sitert 2. april 2013]

Helse- og omsorgsdepartementet (2004). *Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmisbrukere*.
<http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hd/bro/2004/0001/ddd/pdfv/217235-russtrategidokument.pdf> [sitert 2. april 2013]

Helsedirektoratet (2010). *Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-retningslinje-for-legemiddelassistert-rehabilitering-ved-opioidavhengighet/Publikasjoner/nasjonal-retningslinje-for-legemiddelassistert-rehabilitering-ved-opioidavhengighet.pdf> [sitert 2. april 2013]